ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIA SES Nº 766/2023

Altera a Portaria SES/RS n. 537/2021, que regulamenta no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto n. 56.015/2021. (PROA 21/2000-0079506-0.)

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições e considerando:

a Lei nº 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde;

a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

o Decreto nº 56.015, de 02 de agosto de 2021, que instituiu o Programa de Incentivos Hospitalares - ASSISTIR, para a qualificação da atenção secundária e terciária em saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no Sistema Único de Saúde;

os Decretos nº 56.111, de 24 de setembro de 2021, nº 56.230, de 07 de dezembro de 2021, nº 56.428, de 23 de março de 2022, que alteram o Decreto nº 56.015, de 02 de agosto de 2021;

a Portaria SES nº 537, de 03 de agosto de 2021, que regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares;

a Portaria SES nº 638, de 09 de setembro de 2021, que altera a Portaria SES nº 537/2021;

a Portaria SES nº 703, de 06 de outubro de 2021, que altera a Portaria SES nº 537/2021;

a Portaria SES nº 882, de 17 de dezembro de 2021, que altera a Portaria SES nº 537/2021;

RESOLVE:

Art. 1º. Alterar o anexo da Portaria SES/RS nº 537/2021, que regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto nº 56.015/2021.

Art. 2º - Fica alterada a redação do sumário e anexos 1 e 2 da Portaria SES nº537/2021, que passam a viger com a redação constante no anexo desta Portaria.

Art. 3º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 15 de agosto de 2023

ARITA BERGMANN,
Secretária da Saúde

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Anexos da Portaria SES nº 537/2021

SUMÁRIO

Anexo 1: Lista dos Tipos de Serviços (TS) e Suplementares Diferenciais (SD) incentivados 5

1. Capítulo I: Fatores de cálculo por Tipo de Serviço e respectiva classificação: Peso e UR 5

2. Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial (SD) 7

73. Capítulo III: Descrição técnica por TS e SD 8

TIPOS DE SERVIÇO 8

A) AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – AGAR(Item 1 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 8

b) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS (Itens 2, 3 e 6 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 11

c) AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS E PESSOAS IDOSAS (Item 4 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR 32

d) AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL (Item 5 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 34

e) HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (HPP) (Item 7 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 37

f) LEITOS DE SAÚDE MENTAL (Item 8 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 39

g) LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL (Item 9 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 45

h) LEITOS DE UTI E UCI (Item 10 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 45

i) MATERNIDADE DE ALTO RISCO (Item 11 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 46

j) MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL (Item 12 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 48

k) EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS (Item 13 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 50

l) PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Item 14 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 51
m) CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTO JUVENIL (CRAI) (Item 1 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR) 53
n) TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS 57

SUPLEMENTARES DIFERENCIAIS 63

a) AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (Item 1 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD) 63
b) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA (Item 2 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD) 64
c) FORMAÇÃO RAPS ESCOLA (Item 3 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD) 65
d) HOSPITAL PÚBLICO COM ATÉ 99 LEITOS E HOSPITAL PÚBLICO COM MAIS DE 100 LEITOS (Itens 4 e 5 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD) 65
e) INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL (Item 6 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD) 65
f) LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL (Item 7 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD) 66
g) MATERNIDADE COMPLETA (Item 8 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD) 66
h) PRONTO SOCORRO (Item 9 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD) 66
Anexo 2: Relatório-padrão de controle pelas CACs 68

Anexo 1: Lista dos Tipos de Serviços (TS) e Suplementares Diferenciais (SD) incentivados

1. **Capítulo I: Fatores de cálculo por Tipo de Serviço e respectiva classificação: Peso e UR**

Tabela 1

Tipo de Serviço	Classificação do TS	Peso	Unidade de Referência
1. Ambulatório de Gestante de Alto Risco - AGAR	Tipo I	360	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	Tipo II	456	
2. Ambulatório de Especialidades Clínico/Cirúrgicas	01 ambulatório	840	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	02 ambulatórios	1.680	
	03 ambulatórios	2.520	
	04 ambulatórios	3.360	
	05 ambulatórios	4.200	
	06 ambulatórios	5.040	
	07 ambulatórios	5.880	
	08 ambulatórios	6.720	
	09 ambulatórios	7.560	
	10 ambulatórios	8.400	
3. Ambulatório de Especialidades Clínicas	01 ambulatório	840	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	02 ambulatórios	1.680	
	03 ambulatórios	2.520	
	04 ambulatórios	3.360	
	05 ambulatórios	4.200	
	06 ambulatórios	5.040	
	07 ambulatórios	5.880	
	08 ambulatórios	6.720	

	09 ambulatórios	7.560	
	10 ambulatórios	8.400	
4. Ambulatório de Crônicos e Idosos	--	840	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
5. Ambulatório de Egresso de UTI Neonatal	--	240	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
6. Ambulatório de Especialidades Prioritárias	Oftalmologia	0,76	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, I
	Cirurgia Geral	1,90	
	Traumato/ortopedia	2,10	
	Urologia	2,00	
7. HPP - Hospitais de Pequeno Porte	--	360	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III.
8. Leitos de Saúde Mental	--	18	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, II
9. Leitos de Saúde Prisional	--	62,04	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, II
10. Leitos de UCI e UTI	--	50	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, II
11. Maternidade de Alto Risco	--	300	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
12. Maternidade de Risco Habitual	--	0,83	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, I
13. Oncologia	--	0,1	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, I
14. Porta de Entrada – RUE	Geral I	600	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	Geral II	840	
	Geral III	1.200	
	Especializado I	2.400	
	Especializado II	3.600	

15. Centro de Referência ao Atendimento Infanto Juvenil(CRAI)	--	360	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
16- Transplantes	CIHDOTT A	180	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	CIHDOTT B	120	
	CIHDOTT C	96	
	CIHDOTT D	60	
	OPO A	540	
	OPO A1	720	
	OPO B	360	
	OPO C	288	
	OPO D	180	
	OPO Cirúrgica	2700	

2. Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial (SD)

Tabela 2

SD	Percentual adicional sobre o VITS	Base de Cálculo do SD
1. Ambulatório da Pessoa com Deficiência	75	Incide sobre o valor equivalente a 01 (um) Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas (TS n. 2, Capítulo I deste Anexo)
2. Atendimento de Urgência e Emergência de casos agudos em Hematologia	30	Incide sobre o valor equivalente à classificação da Porta de entrada - RUE (TS n. 14, Capítulo I deste Anexo)
3. Formação RAPS Escola	20	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de Saúde Mental (TS n. 8, Capítulo I deste Anexo)
4. Hospital Público com até 99 leitos	10	Incide sobre o valor equivalente a

		todos os Tipos de Serviços que o hospital está habilitado a receber
5. Hospital Público acima de 100 leitos	15	Incide sobre o valor equivalente a todos os Tipos de Serviços que o hospital está habilitado a receber
6. Internação de criança e adolescente em leitos de saúde mental	200	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de Saúde Mental (TS n. 8, Capítulo I deste Anexo)
7. Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	170	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de Saúde Mental do hospital beneficiário (TS n. 8 Capítulo I deste Anexo)
8. Maternidade Completa	300	Incide sobre o valor equivalente à classificação AGAR (TS n. 1, Capítulo I deste Anexo)
9. Pronto Socorro	30	Incide sobre o valor equivalente à classificação da Porta de entrada - RUE (TS n. 14, Capítulo I deste Anexo)

- O pagamento de Suplementar Diferencial pela prestação de diferentes Tipos de Serviço é calculado de forma independente e autônoma, restando vedada, para o cômputo do percentual adicional, a incidência sobre outro SD que um mesmo hospital esteja habilitado a receber, conforme disposto no parágrafo único do artigo 15.

3. **Capítulo III: Descrição técnica por TS e SD**

Para que percebam o incentivo previsto nesta Portaria, os hospitais deverão observar, além do disposto na presente Portaria, nas demais normas que regem o programa, nas notas técnicas, protocolos e notas informativas da SES, os seguintes critérios técnicos específico a cada Tipo de Serviço incentivado:

TIPOS DE SERVIÇO

a) AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – AGAR (Item 1 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

Ambulatório integrante da Rede de Atenção Materno – Infantil do RS que oferece:

i. atendimento multiprofissional às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação e

ii. ações de matriciamento com a Atenção Primária que realiza pré-natal de risco habitual e/ou de alto risco.

a.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:

i. realizar atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação. O atendimento deve ser de forma compartilhada pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional
ii. estabelecer fluxos com Serviços Hospitalares de referência à gravidez de alto risco, em acordo com os parâmetros assistenciais e referências pactuadas com possíveis atualizações da mesma e portarias estaduais que venham a completá-la.
iii. realizar ações de capacitação e apoio matricial/matriciamento da Rede de Atenção que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária.
iv. adotar o desenho de referências regionalizadas conforme pactuação CIR e da linha de cuidado da Rede da Atenção Materno-Infantil do RS.
v. utilizar as diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas recomendadas/adotadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde-RS e instituir a classificação de risco da gestação de acordo com as diretrizes do Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, de outubro de 2022, ou atualizações do mesmo.
vi. adotar o desenho da linha de cuidado da Rede Cegonha no RS como modelo da linha de cuidado do AGAR, devendo estar vinculado a uma maternidade de alto risco, que deverá ser a referência de atendimento ao parto e intercorrências obstétricas gestacionais nas pacientes que não preencherem critérios de alta do ambulatório de Gestação de alto risco;
vii. garantir acesso aos exames necessários para atenção integral no alto risco, conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS.
viii. utilizar os critérios de encaminhamento da atenção básica para o AGAR, bem como para classificação de prioridade, que constam na Nota Técnica do Pré-natal na Atenção Básica, RESOLUÇÃO Nº 022/19–CIB/RS, e no Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) do TELESSAÚDE/UFRGS/RS de 2019 e da Regulação Estadual, e as atualizações dos mesmos.

ix. realizar o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos.

x. participar dos comitês de mortalidade infantil, fetal e materno, colegiados de maternidade, Grupo Condutor da Rede Cegonha, Fóruns Perinatais e outros espaços intra e intersetoriais.

xi. utilizar o sistema de informação em saúde oficial vigente com capacidade de integração de dados, mantendo versão atualizada, como sistema de acompanhamento das gestantes de alto risco.

xii. realizar monitoramento de resultados e indicadores em consonância com as metas pactuadas para contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil.

a.2 Parâmetros Assistenciais

Realizar atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação. O atendimento deve ser de forma compartilhada pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional.

O serviço deve estabelecer os fluxos com Serviços Hospitalares de referência à gravidez de alto risco, em acordo com os parâmetros assistenciais e referências pactuadas com possíveis atualizações da mesma e portarias estaduais que venham a completá-la.

O acesso às consultas de retorno e exames ofertados para as gestantes/puérperas vinculadas ao AGAR ocorrerá mediante agendamento, **pelo prestador** para usuárias que tiveram acesso regulado na primeira consulta.

O AGAR deverá responsabilizar-se pelo registro do comparecimento das usuárias às consultas e exames, de modo a possibilitar o monitoramento do cuidado, da produção e do absenteísmo através do sistema de regulação.

Deve ainda realizar ações de capacitação e apoio matricial/matriciamento da Rede de Atenção que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária, entendo por apoio matricial (matriciamento) um dispositivo de intervenção junto à atenção básica, pautado pela noção de território, intersetorialidade, integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio da responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e os AGAR, com o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde da gestante, e o matriciamento se configura como suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

a.3 Classificação e equipe mínima

Quanto à formação da equipe assistencial, o ambulatório será classificado em AGAR tipo I ou tipo II.

Tabela 3

EQUIPE	AGAR Tipo I	AGAR Tipo II
Equipe Multiprofissional	-Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais -Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais -Psicólogo com a carga horária mínima de 08 horas semanais -Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais	-Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais -Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais -Psicólogo com a carga horária mínima de 08 horas semanais -Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais
Obstetra com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço	Mínimo de 40 horas semanais	Mínimo de 40 horas semanais
4 Médicos em Medicina Fetal, Endocrinologia e Cardiologia	Não necessário	Necessário
Mais dois profissionais (Neurologista, Geneticista, Fisiatra, Fisioterapeuta, Educador Físico ou outro)	Não necessário	Possibilidade
Consultas médicas com obstetra	Mínimo de 700 primeiras consultas e 3.500 consultas de retorno ou acompanhamento no ano. Nos territórios em que a estimativa anual de gestantes de risco habitual seja inferior, serão observadas as especificidades loco regionais, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas.	Mínimo de 700 primeiras consultas e 3.500 consultas de retorno ou acompanhamento no ano. Nos territórios em que a estimativa anual de gestantes de risco habitual seja inferior, serão observadas as especificidades loco regionais, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas.
Consultas multiprofissionais	Mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual.	Mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual.
Diagnósticos e tratamentos	02.11.04.006-1 - tococardiografia anteparto 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas	02.11.04.006-1 - tococardiografia anteparto 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas

	02.02.01.069-4 - dosagem de ureia 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens)	02.02.01.069-4 - dosagem de ureia 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens)

- Os exames de risco habitual são de responsabilidade e organização pela gestão municipal e estão publicizados na Resolução CIB nº 022/2019 (Nota técnica) e atualizações da mesma;
- exames complementares serão necessários para o cuidado integral de algumas gestantes, sendo responsabilidade do serviço realizá-lo. A inclusão de outros exames/procedimentos, bem como seus quantitativos poderão ser revistos, conforme necessidade de saúde das gestantes e considerando as complexidades do AGAR tipo I e AGAR tipo II;
- exames de apoio e diagnóstico mínimos estão descritos na Portaria GM/MS no 1.631 de 2015, nos Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno Paterno-Infantil para as gestantes de alto risco, no Manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde (2022).

a.4 Requisitos à solicitação de habilitação

i. além da documentação comum a todas as especialidades, a solicitação deve conter Plano de Trabalho do AGAR, contemplando os seguintes itens:
ii. Declaração emitida pelo serviço solicitante à habilitação como AGAR, especificando se tipo I ou II;
iii. Nome completo com respectivo nº de registro, carga horária e função de cada integrante da equipe técnica do AGAR, em consonância às informações constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES);
iv. Cópia atualizada do CNES do serviço;
v. Identificação dos serviços hospitalares de retaguarda com CNES respectivo para encaminhamento a (I) leitos hospitalares de gestante de alto risco, (II) referência ao parto, (III) internações clínicas, (IV) internações em UTI neonatal e (V) internações em UTI adulto;
vi. No caso de AGAR I, identificar o AGAR II de referência, quando da necessidade de encaminhamentos, durante o acompanhamento pré-natal;

vii. Descrição da região de cobertura pretendida com o AGAR, considerando a pactuação e a necessidade regional, contendo os municípios com suas estimativas de gestantes de alto risco (SUS) de acordo com os parâmetros da Portaria no GM/MS 1.631 de 2015;

viii. Descrição de análise situacional das gestantes de alto risco na área de cobertura, com as ações/atividades programadas e metas propostas, referentes aos indicadores de avaliação do AGAR;

ix. Declaração de disponibilidade de vagas à Central de Marcação de Consulta Ambulatorial Estadual ou Municipal de todas as primeiras consultas, sendo estas 10% do total de consultas ofertadas pelo AGAR; as consultas de acompanhamento - 90 % do montante de consultas do AGAR - serão reguladas pelo próprio serviço.

b) **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS (Itens 2, 3 e 6 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

Os Ambulatórios de Especialidades (AE) de atenção especializada são de caráter eletivo, média complexidade, implantados em unidades hospitalares, classificados em diferentes níveis de resolutividade e especificidade, e visam promover a garantia do acesso com qualidade, a integralidade e a continuidade do cuidado, fortalecendo a atenção secundária e terciária, oferecendo diagnóstico, terapêutica e reabilitação.

Os ambulatórios habilitados nas especialidades de urologia litotripsia, cirurgia vascular, traumatologia, oftalmologia, oftalmologia DMRI e cirurgia torácica terão regramento quanto à complexidade, forma de financiamento e caráter de atendimento, especificado em tabela própria de cada Tipo de Serviço (TS).

Compete ainda aos prestadores incentivados no Tipo de Serviço Ambulatório de Especialidades, atender às solicitações da regulação estadual para **transferência inter-hospitalar de pacientes internados** que necessitem de atendimento e realização de procedimentos nas especialidades habilitadas no seu hospital.

As especialidades consideradas como prioritárias terão o cálculo do seu TS pela produção cirúrgica de **média complexidade, aprovada** nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde no ano de 2019, sendo que na especialidade de Oftalmologia, será utilizada a produção aprovada do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA e nas especialidades de Urologia, Cirurgia Geral e Traumato/Ortopedia, será utilizada a produção aprovada do Sistema de Informações Hospitalares -

SIH, todavia, caso a produção aprovada de qualquer uma destas especialidades perfaça um valor inferior ao valor atribuído ao ambulatório de especialidades, o valor para composição do incentivo será sempre o de maior monta.

Foram incluídos na tabela de algumas especialidades os “procedimentos complementares”, os quais serão considerados no cumprimento de metas da referida habilitação caso a Instituição possua condições em ofertá-los.

b.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:

i. disponibilizar mensalmente, o quantitativo de primeiras consultas de acordo com o **mínimo estabelecido pelas regulações estadual e municipal**, sendo a **ausência do prestador na disponibilização da agenda no prazo estabelecido pelas equipes reguladoras caracterizada como negativa de acesso**;
ii. manter a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT;
iii. preencher a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento podendo configurar-se negativa de acesso;
iv. garantir a continuidade do cuidado em saúde, por meio do sistema de contrarreferência através da alta responsável, que consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado hospitalar para outro ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Primária, orientando os usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado e implantando mecanismos de desospitalização;
v. aceitar a transferência inter-hospitalar de pacientes internados que necessitem de atendimento e realização de procedimentos nas especialidades habilitadas no seu hospital;
vi. realizar procedimentos de alta complexidade nas unidades habilitadas em alta complexidade nas especialidades de cardiologia, neurologia/neurocirurgia, traumatologia e oftalmologia.

b.2 Parâmetros Assistenciais

Os ambulatórios devem oferecer ações e procedimentos, atendendo aos principais agravos de saúde da população do Rio Grande do Sul, disponibilizando, obrigatoriamente, equipe multiprofissional especializada, módulos de apoio diagnóstico, tratamento e referência aos serviços de reabilitação. Esses serviços devem ter estrutura física, recursos humanos e equipamentos compatíveis com os processos assistenciais a serem implantados.

Em relação ao atendimento de pediatria, os critérios estão disciplinados nas especialidades contempladas.

Entende-se como prerrogativa de cirurgiões pediátricos as correções de má formação congênita nas respectivas especialidades. Situações de cirurgia de urgência devem ser resolvidas pelas especialidades médicas correspondentes.

A resolutividade no atendimento na atenção secundária e terciária deverá se dar, preferencialmente, nas macrorregiões de saúde, devendo a habilitação de serviços observar os critérios populacionais das regiões, micro e macrorregiões de saúde, conforme o tipo de serviço, às necessidades e o perfil epidemiológico da população.

Nas especialidades que possuem subespecialidades, a prestação de serviços deverá ser complementar, ou seja, não poderá ocorrer habilitação de prestadores de serviços que executem atendimentos em subespecialidades idênticas ou semelhantes sem que já se tenha no território atendimento em todas as outras subespecialidades, como por exemplo, na especialidade de traumato-ortopedia, mais de dois ou mais hospitais que só fazem atendimento em ombro.

Os hospitais habilitados no programa deverão garantir acesso a todos os métodos diagnósticos, próprios ou terceirizado, garantindo o atendimento integral a toda linha de cuidado aos usuários que acessarem o serviço, incluindo interconsulta em outras especialidades que deverá ser realizada dentro do próprio hospital habilitado.

O quantitativo de consultas nos ambulatórios clínico/cirúrgicos é projetado para atender a necessidade para as cirurgias exigidas, sendo utilizado o parâmetro de 2 (duas) consultas pré e 1 (uma) consulta pós procedimento, devendo o serviço utilizar as demais consultas para atendimentos clínicos na especialidade habilitada.

Esses ambulatórios devem também atender os pacientes que não tem indicação cirúrgica e que necessitam do acompanhamento do especialista para medidas clínicas, garantindo o acompanhamento e todos os demais tratamentos necessários.

Os hospitais habilitados nos tipos de serviço de ambulatório de especialidades clínicas e cirúrgicas, ambulatório de especialidades clínicas e ambulatório de especialidades prioritários deverão aceitar a transferência e prestar assistência ao usuário do SUS que estiver internado em outra instituição, mesmo em se tratando de procedimentos eletivos sempre que regulados pelo Estado.

Para manutenção da habilitação ao ASSISTIR o estabelecimento de saúde deverá realizar mínimo de 90% das consultas médicas e dos demais membros da equipe multiprofissional e mínimo de 80% das cirurgias, conforme estabelecido para cada especialidade.

b.3 Requisitos específicos à solicitação de habilitação

Possuir Projeto Assistencial do ambulatório de especialidade, contendo:

i. descrição da especialidade com respectivos protocolos adotados pela unidade e procedimentos a serem oferecidos com seus respectivos códigos;
ii. descrição da equipe multiprofissional, com os respectivos registros, carga horária e comprovação das especialidades;
iii. lista dos equipamentos que a instituição possui, conforme a necessidade da especialidade a ser habilitada;
iv. serviços de referência para os demais pontos de atenção na rede;
v. declaração de que realizará o mínimo de 90% das consultas médicas e dos demais membros da equipe multiprofissional e mínimo de 80% das cirurgias, conforme estabelecido para cada especialidade.

b.4 Classificação: Especialidades que serão contempladas nos ambulatórios:

I. **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA**

Este serviço deverá realizar avaliação integral em diferentes situações de pele, cabelos e unhas. A assistência ao paciente deverá contar com atendimentos ambulatoriais como consultas especializadas em dermatologia, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais de pequeno porte. A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Os casos diagnosticados como tumores de pele que não podem ser resolvidos pelo serviço deverão ser encaminhados à Unidade Oncológica de referência.

Tabela 4

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico dermatologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês Mínimo 150 cirurgias/mês
Diagnósticos e tratamentos	02.04 - Exames laboratoriais 02.03 – Cito/histopatogia 02.03.02 - Anatomopatológico 02.01.01.037-2 - biópsia de pele e partes moles 02.01.01.002-0 - biopsia / punção de tumor superficial da pele
Cirurgias	Procedimentos ambulatoriais como: biópsia, eletrocirurgia, curetagem, criocirurgia, infiltração intralesional, barbierese.
Procedimentos avaliados	03.01.01.007-2 – CBO Dermatologista 040101- Pequenas Cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa (exceto curativo)
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço que atenda cirurgia geral, cirurgia plástica ou oncologia. Contrarreferência para a atenção primária.

II. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ ORTOPEDIA

Este serviço deverá atender as patologias do aparelho musculoesquelético, eletivas, de urgência e àquelas classificadas como de 2º tempo do trauma, com equipe especializada, diagnóstico laboratorial e por imagem, tratamento cirúrgico, conservador e reabilitação.

Os hospitais habilitados no ambulatório de traumato/ortopedia que realizarem o atendimento de urgência de pacientes que necessitem retorno para realização de cirurgia de segundo tempo do trauma, deverão dar alta para o paciente já com a consulta de retorno agendada, via Sistema GERCON, no prazo máximo de quinze dias para consulta e 30 dias para realização do procedimento cirúrgico.

O hospital de referência cirúrgica para o segundo tempo, deve garantir o atendimento destes pacientes como demanda espontânea através do ambulatório de traumato/ortopedia, sem agendamento prévio pelo Sistema GERCON, com tempo hábil para a realização do procedimento cirúrgico em até 30 dias do trauma, mesmo que o primeiro atendimento tenha ocorrido em outro hospital.

Dispor de infraestrutura física compatível com o porte do serviço proposto, considerando a RDC nº 50/2002, com portarias estaduais que venham a complementá-la. Deverão contar com consultório, sala de gesso, sala de curativo, acesso aos exames complementares podendo estes serem próprios ou terceirizados.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças. Os casos de malformação congênita (pé torto congênito, escoliose...) e adquiridas em crianças e adolescentes deverão ser encaminhados ao Serviço Alta Complexidade de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica de referência.

O serviço deverá atender também os casos clínicos não elegíveis para cirurgia, com acompanhamento integral às necessidades do usuário.

Tabela 5

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem -Técnico de gesso.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico traumato/ortopedista
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Raio X 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05 - Ultrassonografia 02.07 - RNM (pode ser terceirizado) 02.06 - Tomografia Computadorizada (pode ser terceirizado)

Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica
Procedimentos avaliados	04.08 - Cirurgia do sistema osteomuscular 04.08.06 - Cirurgia do sistema osteomuscular - Gerais 03.01.01.007-2 – CBO Traumato/ortopedista
Referência/Contrarreferência	Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia, o serviço deverá ter referência em unidade de alta complexidade em traumato/ortopedia. Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs. Referência de fisioterapia nos municípios para tratamento conservador pré e pós-cirúrgico. Unidade de Alta complexidade em Traumato/Ortopedia Contrarreferência: atenção primária.

As metas serão analisadas considerando que até 40% dos procedimentos cirúrgicos poderão ocorrer na forma de organização 040806 e que, no mínimo 60% dos procedimentos cirúrgicos deverão ocorrer nas subespecialidades descritas na tabela 6:

Tabela 6

SUBESPECIALIDADE
04.08.01 – Cintura Escapular
04.08.02 – Membros Superiores
04.08.03 – Coluna Vertebral e Caixa Torácica
04.08.04 – Cintura Pélvica
04.08.05 – Membros Inferiores

III. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL

Este serviço deverá oferecer consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, de forma multidisciplinar, e intervenções cirúrgicas a hérnias da parede abdominal, doenças do aparelho digestivo, incluindo estomias e reversões de estomias, tumores de pele e tecidos moles e cirurgias de tireóide/paratireóide/suprarrenal, com avaliação pré-operatória. A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Pacientes ostomizados devem ser acompanhados pela Atenção Básica e permanecerem vinculados ao serviço, inclusive para cirurgia de reversão, quando indicada.

Para ofertar procedimentos cirúrgicos de Vasectomia, o serviço deverá possuir habilitação federal – 1902 – Vasectomia.

Tabela 7

CLASSIFICAÇÃO	**ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA**
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião geral, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico cirurgião geral
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Raio X

	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05 - Ultrassonografia
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica
Procedimentos avaliados	04.07 – Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal 03.01.01.007-2 – CBO Cirurgião geral
Procedimentos complementares	04.09.04.024-0 – Vasectomia (Se o serviço for habilitado para vasectomia) (habilitação federal) 04.02 Cirurgia de Glândulas Endócrinas ostomias
Referência/Contrarreferência	Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia. Unidade de Alta complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

IV. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA

Este serviço de Urologia atua na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho geniturinário, nas áreas de uro-oncologia, uroginecologia, andrologia, cirurgias minimamente invasivas como endoscopias e laparoscopias. A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças, em pacientes de ambos os sexos.

Tabela 8

CLASSIFICAÇÃO	**ESPECIALIDADE CLÍNICA/CIRÚRGICA**
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião Urologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com urologista
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.09.02.001-6 - Cistoscopia 02.11.09- Diagnóstico em Urologia 02.05 - Ultrassonografia 02.05.02.011-9 e 02.01.01.041-0 - US Próstata transretal com biópsia de próstata (mínimo de 20/mês) 02.06 - Tomografia abdômen total
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica
Procedimentos Avaliados	04.09.01 - Cirurgia do aparelho geniturinário (rim, ureter e bexiga) 04.09.02 - Cirurgia do aparelho geniturinário (uretra) 04.09.03 - Cirurgia do aparelho geniturinário (próstata e vesícula seminal) 04.09.04 - Cirurgia do aparelho geniturinário (bolsa escrotal, testículos e cordão espermático) 04.09.05 - Cirurgia do aparelho geniturinário (pênis) 03.01.01.007-2 – CBO médico Urologista 02.05.02.011-9 e 02.01.01.041-0 - US Próstata transretal com biópsia de próstata (mínimo de 20/mês)
Procedimentos Avaliados	040904024-0 Vasectomia- quando o hospital possuir habilitação no CNES.

Referência/Contrarreferência	Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia. Unidade de Alta complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

V. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTRIPSIA

Este serviço de Litotripsia atenderá os casos de litíase do trato urinário, conforme indicação médica, realizando procedimentos de média e/ou alta complexidade, em adultos, adolescentes e crianças. Deve possuir no CNES o Serviço Especializado – 169 - Atenção em Urologia – 002 Litotripsia.

Tabela 9

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico urologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com cirurgião
Diagnósticos e tratamentos	02.04.05.013-8 - Raio X simples de abdômen 02.05.02.005-4 - Ultrassonografia do trato urinário 02.06.03.003-7 - Tomografia do abdômen 02.04.05.018-9 - Urografia excretora
Procedimentos	Mínimo de 30 procedimentos mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica se necessário
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO Urologista 03.09.03 - Terapias do Aparelho 040901 Cirurgia do Aparelho Geniturinário (relacionadas aos casos de litíase)
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária

VI. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

Serviço que atua como referência à assistência ambulatorial e hospitalar nas especialidades odontológicas de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e Estomatologia.

O serviço deverá oferecer, por meio de equipe especializada, atendimento para pacientes com patologias maxilofaciais, com necessidade de cirurgia para correção de deformidades e assimetrias craniofaciais, distúrbios da articulação temporomandibular, traumatismos faciais, lesões bucais, doenças infecciosas com manifestações bucais, de doenças sistêmicas e sequelas de tratamentos oncológicos, com necessidade de biópsias, cirurgia oral menor (dentes impactados, pequenos tumores, cistos, lesões periapicais ou paradentais, frenectomia, doenças das glândulas salivares), lesões bucais com suspeita de neoplasia e demais situações clínicas inerentes às especialidades.

O atendimento de pacientes com anomalias de crânio e/ou de bucomaxilofacial, como fendas palatinas e/ou labiais (04.04.03), deverá ocorrer em serviços também habilitados pelo Ministério da Saúde como Centros de Tratamento da Má Formação Lábio Palatal.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 10

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Cirurgião Bucomaxilofacial, com mínimo de 2 cirurgiões, com carga horária mínima de 20 horas semanais, cada -Equipe de enfermagem -Fonoaudiólogo
Diagnósticos e tratamentos	Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (Raio X extraoral- Panorâmico e Raio X intrabucais – periapical e interproximal). 02.02 - Laboratório de análises clínicas 02.06 - Tomografia Computadorizada 02.04 - Raio X
Procedimentos e Cirurgias	Mínimo de 30 procedimentos cirúrgicos mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	04.14 – Bucomaxilofacial e/ou 04.04.02- Cirurgia da Face e do Sistema Estomatognático e/ou 04.04.03- Deformidades Lábio Palatal e Crânio Facial 03.01.01.004-8 – CBO Bucomaxilofacial (CBO 223268)
Consultas	Mínimo de 120 consultas com Bucomaxilofacial
Faixa etária de atendimento	Todas as Faixas etárias
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária
Normatização	Conforme Legislação Vigente e Notas Técnicas SES – validação DAS/ Saúde Bucal

VII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Este Serviço realiza procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em Pessoas com Deficiência que não possam ser submetidas à situação odontológica ambulatorial convencional, cuja condição de estar em ambiente hospitalar favorece ao suporte médico para eventuais doenças sistêmicas associadas à deficiência em questão. Além deste suporte profissional, a disponibilidade de equipamentos e exames complementares da unidade hospitalar permite o manejo da pessoa com deficiência com maior segurança, em condições específicas.

O tratamento odontológico disponibilizado no Serviço de Odontologia Hospitalar para Pessoas com Deficiência constitui-se de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e

reabilitadoras em saúde bucal, inseridas em atuação em equipe multidisciplinar. A oferta inclui procedimentos de atenção básica, além de alguns procedimentos especializados de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor, conforme o quadro a seguir, com nomes e códigos.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 11

Código	**Nome do Procedimento**
01.01.02.006-6	Aplicação de selante (por dente)
01.01.02.007-4	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)
01.01.02.009-0	Selamento provisório de cavidade dentária
02.01.01.052-6	Biópsia dos tecidos moles da boca
03.07.01.001-5	Capeamento pulpar
03.07.01.002-3	Restauração de dente decíduo
03.07.01.003-1	Restauração de dente permanente anterior
03.07.01.004-0	Restauração de dente permanente posterior
03.07.01.005-8	Tratamento de nevralgias faciais
03.07.02.001-0	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)
03.07.02.002-9	Curativo de demora c/ ou s/ preparo Biomecânico
03.07.02.003-7	Obturação de dente decíduo
03.07.02.004-5	Obturação em dente permanente birradicular
03.07.02.005-3	Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes
03.07.02.006-1	Obturação em dente permanente unirradicular
03.07.02.007-0	Pulpotomia dentária
03.07.03.002-4	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
03.07.03.003-2	Raspagem corono-radicular (por sextante)
04.01.01.003-1	Drenagem de abscesso
04.01.01.008-2	Frenectomia
04.04.02.009-7	Excisão e sutura de lesão na boca
04.04.02.010-0	Excisão em cunha do lábio
04.14.02.007-3	Curetagem periapical

04.14.02.012-0	Exodontia de dente decíduo
04.14.02.013-8	Exodontia de dente permanente
04.14.02.014-6	Exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante
04.14.02.015-4	Gengivectomia (por sextante)
04.14.02.016-2	Gengivoplastia (por sextante)
04.14.02.017-0	Glossorrafia
04.14.02.020-0	Marsupialização de cistos e pseudocistos
04.14.02.021-9	Odontosecção / radilectomia / tunelização
04.14.02.024-3	Reimplante e transplante dental (por elemento)
04.14.02.027-8	Remoção de dente retido (incluso / impactado)
04.14.02.029-4	Remoção de tórus e exostoses
04.14.02.037-5	Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)
04.14.02.038-3	Tratamento de alveolite
04.14.02.040-5	Ulotomia/ulectomia

As solicitações de encaminhamento devem ser feitas através de documento de referência com os dados do usuário, CID da deficiência, descrição do caso, justificativas do insucesso do atendimento ambulatorial e necessidades odontológicas observadas pelo cirurgião-dentista assistente e tendo o risco classificado, conforme a Nota Técnica DAPPS/Saúde Bucal.

Protocolo de atendimento no Serviço de Odontologia Hospitalar para Pessoas com Deficiência

1º passo – Consulta de avaliação inicial do paciente:

Profissionais: Equipe de Odontologia (Cirurgião-Dentista e Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal).

Equipamentos: consultório odontológico com equipe para avaliação ambulatorial.

Exame clínico odontológico: composto pelo exame físico e anamnese- história médica, medicações em uso e antecedentes alérgicos.

Avaliação pré-operatória: solicitação de exames laboratoriais que se julgarem necessários- Ex: ureia, creatinina, hemograma completo, coagulograma completo, raio-X de tórax prévio ao procedimento, eletrocardiograma para pacientes acima de 50 anos ou para pacientes que apresentem alterações cardíacas pré-existentes.

Instruções verbais e escritas ao paciente e/ou responsável pelos procedimentos pré, trans e pós-operatórios.

Assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável.

Orientações alimentares (jejum absoluto de 10 horas).

Agendamento da data do procedimento em bloco cirúrgico pelo hospital.

2º passo – **Atendimento em bloco cirúrgico:**

Profissionais: Equipe de Odontologia (Cirurgião-Dentista e Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal), Anestesista e Equipe de Enfermagem.

Equipamentos: Propiciados pelo hospital, faz-se necessário um centro cirúrgico completo desde oxímetro até carro de parada cardiorrespiratória, equipo odontológico, instrumentos manuais e rotatórios, fotopolimerizador, aspirador de secreções, equipamento para raspagem com ultrassom, abridores de boca, além de todo material de consumo e instrumentais utilizados na realização de procedimentos odontológicos.

3º passo – Momento trans cirúrgico:

Monitoramento do Paciente: responsabilidade do médico anestesista. Sempre que possível, o tratamento será realizado em momento único no bloco cirúrgico, permitindo a rápida resolução de agravos e a inclusão do paciente em um outro nível de cuidado, de cunho preventivo.

4º passo – Documentação: todo o procedimento deve ser documentado relatando o nome das drogas indutoras e anestésicos (geral e local) administrados, doses e medicações pré e pós-operatórias. A descrição do procedimento odontológico realizado também faz parte desta descrição.

5º. Passo – Sala de recuperação: cuidados pós-operatórios relacionados ao tipo de procedimento odontológico realizado. A prescrição medicamentosa deverá ser mantida conforme utilizada em centro cirúrgico. Os cuidados com o paciente ficam a cargo da equipe de enfermagem do hospital.

6º. Passo - Alta hospitalar: para procedimentos odontológicos sem intercorrências, a mesma será dada no mesmo dia ou dia posterior, conforme trans cirúrgico. Alta anestésica efetuada pelo médico anestesiologista responsável. Deve ser utilizada a lógica de contrarreferência com os demais pontos de atenção da rede para continuidade do cuidado e alta do paciente. Sugere-se o preenchimento do formulário de contrarreferência para o município de origem, com a descrição dos procedimentos realizados e orientações para os profissionais de Saúde Bucal da Atenção Básica e/ou CEO.

Os seguintes equipamentos, materiais e instrumentais são colocados como essenciais para o atendimento no Serviço de Odontologia Hospitalar para Pessoas com Deficiência: consultório

odontológico com equipo para avaliação ambulatorial, aparelhos de RX intra e extraoral, além disso, no bloco cirúrgico deve constar aparelhagem completa desde oxímetro até carro de parada cardiorrespiratória, equipo odontológico, instrumentos manuais e rotatórios, fotopolimerizador, aspirador de secreções, equipamento para raspagem com ultrassom, abridores de boca, além de todo material de consumo e instrumentais utilizados na realização de procedimentos odontológicos.

Tabela 12

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	No mínimo 01 Cirurgião-Dentista, preferencialmente especialista em Odontologia para Pacientes com Deficiência/Necessidades Especiais e/ou Bucomaxilofacial e/ou habilitação em Odontologia Hospitalar, 01 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB), 01 Médico Anestesista, além de equipe auxiliar de enfermagem.
Consultas	Mínimo de 90 consultas/mês reguladas, com número mínimo de 30 novos usuários ingressos/mês e/ou definido pelo número de habitantes da referência abrangida (% de PCDs nessa região e demanda reprimida)
Diagnósticos e tratamentos	Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (Raio X extraoral- Panorâmico e Raio X intrabucais - periapical e Inter proximal), exames laboratoriais.
Cirurgias	Quantidade definida pelo número de novos ingressos/mês. Cirurgias com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	Procedimento principal: 04.14.02.041-3 Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais (mínimo de 30/mês) 03.01.01.004-8 Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) CBO (223208) Cirurgião Dentista - (mínimo 90/mês) Procedimentos secundários conforme a Portaria MS nº 1.032, de 5 de maio de 2010.
Referência/Contrarreferência	Após a alta na atenção especializada, é de extrema importância que o profissional realize a contrarreferência para a Atenção Primária. Assim, o usuário continuará sendo acompanhado, preconizando, assim, a linha de cuidado integral.
Regulação	O encaminhamento deve seguir as orientações da Nota Técnica DAS Saúde Bucal SES/RS.

VIII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA

Este Serviço deverá oferecer atendimentos para pacientes adultos e pediátricos com doenças endocrinológicas e metabólicas. Deve contar com equipe multiprofissional como Nutricionista e Enfermeiro.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 13

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais

	-Nutricionista e Enfermeiro com carga horária mínima de 20 horas semanais cada - Equipe de Enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.01.01.047-0 - Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos 02.04 - Raio X 02.05 - Ultrassonografia 02.08.03.001-8 - Cintilografia das paratireoides 02.08.03.002-6 – Cintilografia de tireoide com ou sem captação 02.06.01.006-0 - Tomografia de sela túrcica 02.07.01.007-2 - RNM sela túrcica 02.04.06.002-8 - Densitometria.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.0072 – CBO Endocrinologista 03.01.01.0048 - CBO Nutricionista
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Cirurgia geral ou Serviço de Alta complexidade em Oncologia e/ou Obesidade. Contrarreferência: atenção primária

IX. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA

Este serviço deverá oferecer diagnóstico e tratamento para as doenças digestivas, como as que acometem o esôfago, estômago, duodeno, intestino delgado, intestino grosso (tubo digestivo) e também ao pâncreas, fígado e vesícula biliar.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 14

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Raio X 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta (mínimo de 50 exames) 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) 02.05 - Ultrassonografia 02.06 - Tomografia Computadorizada 02.07 - RNM abdômen 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonancia
Procedimentos Avaliados	03.01.01.0072 – CBO Gastroenterologista 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta (mínimo de 50 exames/mês) 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) 03.01.01.004-8 - CBO Nutricionista
Referência/Contrarreferência	Referência para o serviço de cirurgia geral ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário.

	Contrarreferência: atenção primária

X. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA

Este Serviço deverá atender a pacientes adultos e pediátricos a nível ambulatorial, realizando manejo clínico e aconselhamento genético de inúmeras condições genéticas.

A Assistência Clínica do Serviço de Genética poderá atuar nas áreas de Erros Inatos do Metabolismo, Dismorfologia, Oncogenética, Neurogenética, Genética Reprodutiva, Fibrose Cística, competências descritas no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), Capítulo VI do Título I da Portaria de Consolidação nº 05/2017 (origem: Portaria GM/MS 822/2001), acrescido da alteração dada pela portaria nº 187/2019.

Tabela 15

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico geneticista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Biomédico, Nutricionista e Enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais cada
Consultas médicas e de profissionais de nível superior	Mínimo de 240 consultas/mês (considerar a tele consulta para o geneticista)
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais.
Procedimentos Avaliado	03.01.01.0072 – CBO Médico geneticista (mínimo de 120/mês) 03.01.01.0048 – CBO Biomédico, nutricionista ou enfermeiro
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária Referência: Serviço de Doenças Raras

XI. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA

Este Serviço deverá prestar atendimento nas diversas áreas da saúde da mulher, da adolescência à terceira idade. Atenderá os casos de oncologia ginecológica, patologia do trato genital Inferior, Endoscopia e Endometriose, Sexologia, Climatério de Endocrinopatias, Uroginecologia, Estática Pélvica e de Ginecologia Infanto-Puberal, Planejamento Reprodutivo.

O serviço de Ginecologia deverá seguir os critérios de encaminhamento da atenção básica para o Ambulatório de Especialidade em Ginecologia de acordo com o Protocolo de Regulação Ambulatorial Ginecologia e o Protocolo de encaminhamento para Mastologia**,** e as atualizações dos mesmos.

Para realização de laqueadura tubária o hospital precisa ser credenciado no código 1901 - Laqueadura e com o CNES atualizado. O serviço deve utilizar o Protocolo de Planejamento Familiar do estado do Rio Grande do Sul, e as atualizações do mesmo, que regulamenta e orienta as questões em relação à laqueadura tubária e vasectomia, conforme pactuação em CIB/RS.

Tabela 16

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA

Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião Ginecologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico ginecologista
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Raio X 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.11.04.0029- Colposcopia 02.05 - Ultrassonografia (mama, transvaginal, abdômen total) 02.06 - Tomografia 02.07 - RNM. 02.04.03 - Mamografia 02.04.06.002-8 - Densitometria óssea
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	04.09.01 - Cirurgia do aparelho geniturinário (rim, ureter e bexiga) 04.09.02 - Cirurgia do aparelho geniturinário (uretra) 04.09.06 - Cirurgia do Aparelho Geniturinário (útero e anexos) 04.09.07 - Cirurgia do Aparelho Geniturinário (vagina, vulva e períneo) 03.01.01.007-2 – CBO Médico Ginecologista 02.04.03 - Mamografia bilateral de rastreamento: 30/mês 02.05 - Ultrassonografia: mamária e transvaginal: 25 de cada/mês
Procedimentos complementares	04.09.06.018-6 Laqueadura Tubária - quando o hospital possuir habilitação no CNES.
Referência/Contrarreferência	Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia. Serviço de Alta complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária.

XII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA

Este serviço deverá realizar o diagnóstico e tratamento de doenças do cérebro, da medula espinhal e dos nervos periféricos, entre outras, incluindo epilepsias de difícil controle; doenças dos movimentos, como a Doença de Parkinson; problemas de memória, como a Doença de Alzheimer, cefaleias, alterações dos nervos e músculos, neuropsicologia.

O atendimento será ofertado a pacientes adultos, adolescentes, crianças e neonatos.

Tratando-se de neonatos, crianças e adolescentes, deverá atender as doenças do desenvolvimento e maturação do sistema nervoso em crianças e adolescentes até 15 anos, 11 meses e 29 dias, nos casos de epilepsia, paralisia cerebral, cefaleias e crianças com deficiência Intelectual, transtorno do espectro do autismo, ou com distúrbios de aprendizagem e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Casos que necessitarem de reabilitação, deverão ser

encaminhados para os Serviços de Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) de referência.

Deve ser ofertado, no mínimo, 20% das consultas para pacientes pediátricos, compreendendo neonatos, crianças e adolescentes.

Deve oferecer Ressonância Magnética e Tomografia, ambas com e sem sedação.

Tabela 17

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Fisioterapeuta, Psicólogo e Fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.05 - Ultrassonografia 02.11.05 - EEG sono e vigília 02.11.05.008-3 - ENMG 02.07 - RNM com sedação e sem sedação 02.06 - Tomografia com sedação e sem sedação
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico neurologista 02.11.05 - EEG sono e vigília - 240/mês (1 a cada consulta) 02.11.05.008-3 - ENMG -10/mês (4%) 02.07 - RNM com e sem sedação 02.06 - Tomografia com e sem sedação 04.03 - Mínimo
Referência/Contrarreferência	Referência para o Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia. Serviços de Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) Centros de Atendimento ao Transtorno do Espectro Autista TEAcolhe Contrarreferência: atenção primária ou ambulatório de Doenças Crônicas e Idosos

XIII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA

Este serviço deverá atender ao diagnóstico e tratamento das doenças que acometem o coração bem como os outros componentes do sistema circulatório.

O cardiologista e a equipe do Laboratório de Exames Complementares em Cardiologia se organizam em articulação com os NASF ou equipes da atenção primária.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 18

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico cardiologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Nutricionista

	-Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05.01.003-2 - Ecocardiograma transtorácico 02.05.01.002-4 - Ecocardiograma transesofágico 02.11.02.004-4 - Holter 02.11.02.006-0 - Prova de esforço
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cardiologista 02.05.01.003-2 - Ecocardiograma transtorácico 02.05.01.002-4 - Ecocardiograma transesofágico 02.11.02.004-4 - Holter 02.11.02.006-0 - Prova de esforço
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta Complexidade em Cardiologia. Contrarreferência para atenção primária.

XIV. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA

O serviço deverá possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de Atenção Especializada a portadores de doenças oftalmológicas que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos de média e/ou alta complexidade, intervencionistas e cirúrgicos especializados, ser habilitado e/ou credenciado conforme parâmetros e diretrizes das PT/SAS nº288/2008, PT GM/MS nº 1631/2015.

Para atendimento ao glaucoma com terapia medicamentosa o serviço tem que ser habilitado para tratamento do glaucoma - Habilitações - 0506- Tratamento Do Glaucoma com Medicamentos no Âmbito Da Política Nacional de Atenção Oftalmológica e seguir o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Glaucoma (BRASIL, 2018) elaborado pela CONITEC.

O serviço de oftalmologia deverá atender os casos de retinopatia diabética (RD) e Doença Macular Relacionada à Idade (DMRI), aplicando tratamento conforme protocolos clínicos e nos casos que o paciente necessitar de medicamento antiangiogênica, deverá referenciar ao ambulatório de oftalmologia com DMRI para seguimento do tratamento.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 19

CLASSIFICAÇÃO	**ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA**
Equipe Multiprofissional	-Médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico oftalmologista.
Diagnósticos e tratamentos	02.02 Exames Laboratoriais 02.005.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo ocular/ Órbita monocular 02.11.06 - Métodos diagnósticos em Oftalmologia
Cirurgias	Mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, considerando os níveis ambulatorial e hospitalar.

Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico Oftalmologista com Registro de Qualificação Profissional. 03.01.01.010-2 – Consulta para diagnóstico/reavaliação de glaucoma (tonometria, fundoscopia e campimetria). 04.05 - Cirurgia do aparelho da visão. 04.05.05.037-2 - Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável (para cumprimento de metas será considerado até 20% do total de cirurgias realizadas) 03.03.05 – Tratamento de doenças do aparelho da visão.
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta complexidade de Oftalmologia. Serviço de Oftalmologia com DMRI e RD Contrarreferência: atenção primária

XV. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM OFTALMOLOGIA PARA TRATAMENTO DE RETINOPATIA DIABÉTICA (RD) E DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI)

O serviço deverá possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de Atenção Especializada a pacientes portadores de Retinopatia Diabética e/ou DMRI que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos e intervencionistas, conforme os parâmetros técnicos da legislação vigente PT/SAS nº288/2008, PT SAS/SCTIE MS nº 18/2018, PT SAS nº 4225/2018 e PT SCTIE nº18/2021).

O Ambulatório de Especialidades em Oftalmologia para RD e DMRI será responsável pelo diagnóstico e tratamento com dispensação e aplicação da medicação antiangiogênica.

O serviço deverá oferecer tratamento da retina com antiangiogênicos, média complexidade FAEC.

Para os casos de Doença Macular e Retinopatia Diabética, o serviço fica responsável pela dispensação e aplicação da medicação antiangiogênica. Os serviços devem seguir a Portaria MS/SCTIE conjunta nº 18, de 02 de julho de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (forma neovascular) e demais notas ou normas técnicas que o Ministério da Saúde venha a emitir.

Tabela 20

CLASSIFICAÇÃO	**ESPECIALIDADE CLÍNICA**
Equipe Multiprofissional	-Médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional Mínimo com carga horária mínima de 20 horas semanais que poderão ser os mesmos profissionais do ambulatório de oftalmologia -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico oftalmologista.
Diagnósticos e tratamentos	02.02 Exames Laboratoriais 02.005.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo ocular/ Órbita monocular 02.11.06.028-3 Tomografia de Coerência Óptica
Tratamento	Mínimo 100 tratamentos binoculares mensais
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO Médico Oftalmologista

	03.03.05 – Tratamento de doenças do aparelho da visão. 03.03.05.023-3 – Tratamento medicamentoso da doença da retina com medicação antiangiogênica.
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta complexidade de Oftalmologia. Contrarreferência: atenção primária

XVI. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Este serviço de Otorrinolaringologia deverá realizar diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico, das patologias do ouvido, nariz, seios paranasais, faringe e laringe. A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 21

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico(s) otorrinolaringologista(s), com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima total de 40 horas semanais. -Fonoaudiólogo(s) com carga horária mínima total de 20 horas semanais.
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico otorrinolaringologista
Exames diagnósticos mínimos obrigatórios	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - RX 02.11.07.002-5 - Audiometria de reforço visual 02.11.07.004-1 - Audiometria tonal limiar 02.11.07.020-3 - Imitanciometria 02.11.07.021-1 - Logoaudiometria 02.11.07.005-0 - Avaliação auditiva comportamental infantil 02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia
Exames diagnósticos que poderão ser exigidos conforme pactuação regional	02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (PEATE ou BERA triagem). 02.11.07.026-2 - Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência. (PEATE ou BERA diagnóstico). 02.11.07.014-9 - Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (Teste da Orelhinha). 021107035-1 -Testes vestibulares.
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica, considerando apenas os procedimentos realizados a nível hospitalar.
Procedimentos Avaliados	CBO Médico Otorrinolaringologista 03.01.01.007-2 – Consulta médica 04.04 - Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, Da Face, da Cabeça e do Pescoço 04.15- Cirurgias Múltiplas (podendo ser lançado até 60% do quantitativo da meta cirúrgica nesse subgrupo. Será contabilizada uma meta por AIH independentemente do número de procedimentos lançados nesse subgrupo) 02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia. CBO Fonoaudiólogo 03.01.01.004-8 - Consulta Fonoaudiólogo 02.11.07.004-1 - Audiometria tonal limiar 02.11.07.020-3 - Imitanciometria 02.11.07.021-1 - Logoaudiometria
Referência/Contrarreferência	Pacientes com diagnósticos de perdas auditivas, com indicação de aparelho auditivo, devem ser encaminhados aos Serviços SUS de Reabilitação Auditiva de referência regional, conforme protocolos.

	https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_pedi%C3%A1trico.pdf https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_adulto.pdf Referência: Serviço de Alta Complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

XVII. **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA**

Este serviço deverá atender às doenças pulmonares, reabilitação pulmonar, tratamento de asma, tratamento do tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose cística, neoplasias, entre outros.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 22

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico pneumologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.01.01.054-2 - Biópsia Percutânea orientada por Tomografia Computadorizada/Ultrassonografia/Ressonância Magnética/Raio X 02.04 - Raio X 02.11.08.005-5 - Espirometria 02.07 - RNM 02.06 –Tomografia 02.11.08.002-0 Gasometria
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico pneumologista 03.02.04 – Assistência fisioterapêutica cardiovascular e pneumo-funcionais
Referência/Contrarreferência	Referência para o serviço de Cirurgia Torácica Serviço de Alta Complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

XVIII. **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA**

A Cirurgia torácica é a especialidade médica que se ocupa do tratamento de patologias pulmonares e torácicas de alta e média complexidade passíveis de abordagem cirúrgica à exceção das que acometem o coração e grandes vasos. Atende, então, doenças do pulmão, pleura, mediastino e vias aéreas inferiores (traqueia e brônquios), oferecendo procedimentos por videotoracoscopia, a simpatectomia torácica, broncoscopia flexível ou rígida, entre outras.

Quanto à prestação da assistência, 80% desses procedimentos cirúrgicos acontecem nas situações de urgência/emergência, nas portas de entrada.

Nos procedimentos eletivos, destaca-se: descortinação pulmonar, lobectomia pulmonar, mediastinotomia, toracostomia com drenagem pleural fechada, traqueoplastia, traqueorrafia,

colocação de prótese laringo traqueal, drenagem tubular pleural aberta, tratamento cirúrgico de defeitos congênitos do tórax e tratamento cirúrgico de parede torácica.

Este ambulatório caracteriza-se pelo atendimento a casos eletivos, devendo os atendimentos em caráter de urgência e emergência serem realizados no local de primeiro atendimento do paciente.

Tabela 23

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	- 2 Médicos cirurgião torácico ou 1 Médico Cirurgião Torácico e 1 Médico Cirurgião Geral, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínimo de 20 horas semanais cada -Fisioterapeuta -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião torácico
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.01.01.054-2 - Biópsia Percutânea orientada por Tomografia Computadorizada/Ultrassonografia/Ressonância Magnética/Raio X 02.04 - Raio X 02.05 - Ultrassonografia 02.09.04.001-7 - Broncoscopia 02.11.08.005-5 - Espirometria 02.07 - RNM 02.06 - Tomografia 02.08 - Cintilografia
Cirurgias	Mínimo de 10 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica, podendo ser de média ou alta complexidade.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião torácico 04.12 – Cirurgia Torácica
Referência/Contrarreferência	Referência: Unidade Oncológica e serviço de Pneumologia. Contrarreferência: atenção primária

XIX. **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA)**

Este serviço deverá desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças do cólon (intestino grosso), do reto e do ânus, tanto clínicas quanto cirúrgicas. Pacientes ostomizados devem ser acompanhados pela Atenção Básica e permanecerem vinculados ao serviço, **inclusive para cirurgia de reversão**, quando indicada.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 24

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-2 Médicos coloproctologistas ou 1 Médico coloproctologista e 1 Médico Cirurgião Geral, com Registro de Qualificação Profissional com carga mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico coloproctologista

Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.01.01 - Biópsias 02.03.02 - Anatomopatológico 02.04 - Raio X 02.05 - Ultrassonografia 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) (mínimo de 50/mês) 02.09.01.005-3 - Retossigmoidoscopia 02.06.03 - Tomografia abdômen 02.07.03 - RNM Abdômen e pelve
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico coloproctologista 04.07.02 – Intestinos, Reto e Anus 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) 02.09.01.005-3 - Retossigmóideoscopia
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta Complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

XX. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA

O serviço deverá tratar as doenças reumáticas a adultos, adolescentes e crianças.

O serviço de reumatologia deverá possuir condições para o preparo adequado das medicações reumatológicas e sala para administração de medicamentos com bomba de infusão e profissionais capacitados para a função e capela de preparação das medicações reumatológicas.

Deverá ser realizada a aplicação das medicações no ambulatório especializado, com acompanhamento da equipe, sendo vedado o encaminhamento desse paciente para aplicação em outros locais sem a estrutura adequada.

O encaminhamento ao serviço especializado deverá seguir o Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada, - Reumatologia e Ortopedia, Protocolo da Artrite Reumatoide do Ministério da Saúde.

Tabela 25

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico reumatologista com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais -Farmacêutico responsável com carga horária 40 horas semanais - Enfermeiro capacitado -Terapeuta Ocupacional.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.05 - Ultrassonografia 02.04 - Raio X de articulações 02.07 - RNM
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico reumatologista
Referência/Contrarreferência	Referência para o serviço de traumato/ortopedia Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs.

	Referência de fisioterapia nos Municípios para tratamento conservador. Contrarreferência: atenção primária

XXI. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA

Este serviço deverá atender às cirurgias plásticas reparadoras pós-cirurgia bariátrica e/ou casos decorrentes de queimaduras.

O ambulatório de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica deverá oferecer atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar.

Para executar os procedimentos de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, o serviço deverá ser habilitado em 02.03 – Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade ou 02.02 – Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave e atender na íntegra a PT MS/GM 425/2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Os parâmetros e critérios necessários para habilitação em cada modalidade em plástica reparadora constam descritos nas tabelas 26-A Pós Bariátrica e 26-B Queimados.

Tabela 26- A Pós Bariátrica

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico especialista em cirurgia plástica com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina. -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 100 consultas/mês com médico cirurgião plástico
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.11.02006-0 - Teste de esforço / Teste ergométrico 02.04 - Raio X 04.10 - Cirurgia de Mama 04.13.04.005-4– Dermopilectomia Abdominal Pós-cirurgia Bariátrica 04.13.04.006-2 – Dermopilectomia Braquial Pós-cirurgia Bariátrica 04.13.04.007-0 – Dermopilectomia Crural Pós-cirurgia Bariátrica 04.13.04.008-9 – Mamoplastia Pós-cirurgia Bariátrica 04.13.04.025-9 – Dermopilectomia Abdominal Circunferencial Pós-cirurgia Bariátrica 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica
Cirurgias	Mínimo de 15 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.

Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião plástico 04.13.04.005-4 – Dermopilectomia Abdominal Pós-cirurgia Bariátrica 04.13.04.006-2 – Dermopilectomia Braquial Pós-cirurgia Bariátrica 04.13.04.007-0 – Dermopilectomia Crural Pós-cirurgia Bariátrica 04.13.04.008-9 – Mamoplastia Pós-cirurgia Bariátrica 04.13.04.025-9 – Dermopilectomia Abdominal Circunferencial Pós-cirurgia Bariátrica 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica
Contrarreferência	Atenção Primária em Saúde

Para execução de cirurgia plástica reparadora para pacientes com queimaduras, o serviço deverá ser habilitado conforme critérios estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.273 de 21 de novembro de 2000.

Tabela 26- B Queimados

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião plástico, com mínimo de 1 cirurgião, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 15 horas semanais -Equipe de enfermagem - Médico Dermatologista
Consultas médicas	Mínimo de 100 consultas/mês com médico cirurgião plástico
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Raio X 02.06 - Tomografia 04.13 - Cirurgia Reparadora
Cirurgias	Mínimo de 10 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião plástico 04.13 – Cirurgia Reparadora
Contrarreferência	Atenção Primária em Saúde

As avaliações das metas estarão relacionadas à especialidade habilitada.

XXII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR

Este serviço deverá atender as doenças que acometem os sistemas arterial, venoso e linfático, realizando tratamento ~~a~~ de varizes, microvarizes e teleangiectasias. Poderá ofertar a cirurgia de confecção e reintervenção em acessos à diálise, conforme referências.

Os procedimentos avaliados poderão ser cirúrgicos de média complexidade MAC ou tratamento esclerosante não estético de financiamento FAEC.

Para fins de cumprimento de meta cirúrgica, 80% dos procedimentos poderão ser compostos por cirurgia de varizes - 040602 e/ou os tratamentos esclerosantes não estéticos de varizes (0309070015 e 0309070023).

O restante (20%) deverá ser composto pelos demais procedimentos previstos na especialidade não relacionados às cirurgias de varizes.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças.

Tabela 27

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião vascular, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião vascular
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia doppler vasos
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião vascular 04.06.02 – Cirurgia vascular
Procedimentos complementares	04.18.01 - Acessos para diálise 04.18.02 - Intervenções cirúrgicas em acessos para diálise 03.09.07.001-5 - Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores (unilateral) 03.09.07.002-3 - Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores (bilateral)
Referência/Contrarreferência	Serviço de Alta complexidade Cardiovascular Contrarreferência: serviços de hemodiálise e atenção primária

XXIII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA

O serviço de cirurgia bariátrica deverá oferecer atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar, com assistência diagnóstica, cirurgia bariátrica e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica.

O ambulatório deverá estar integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território e desenvolver o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado.

Deverá ser habilitado em 02.03 – Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade ou 02.02 – Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave atender na íntegra a PT MS/GM 425/2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Tabela 28

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	Equipe mínima: -Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, com mínimo de 2 cirurgiões, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina

	-Nutricionista, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Nutrição -Psicólogo ou psiquiatra, com titulação reconhecida pelos Conselhos Regionais de Psicologia e Medicina, respectivamente -Clínico geral ou endocrinologista, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina -Equipe complementar: -Médicos clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular, cirurgião plástico e anestesiologista; equipe de enfermagem; fisioterapeuta; assistente social; com titulação reconhecida pelos respectivos Conselhos Profissionais.
Consultas médicas	Mínimo de 15 consultas/mês com médico cirurgião geral ou médico cirurgião do aparelho digestivo
Acompanhamento pós-cirurgia bariátrica	Mínimo de 120 acompanhamentos pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional/mês.
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04.03 - RX simples de tórax 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácico 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler Colorido (até 3 vasos) 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total 02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia 02.11.08.005-5 - Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador (espirometria) 03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional 04.07.01.012-2-Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal 04.07.01.017-3-Gastroplastia c/ derivação intestinal 04.07.01.018-1-Gastroplastia vertical com banda 04.07.01.036-0-Gastrectomia vertical em manga (sleeve) 04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia
Cirurgias	Mínimo de 15 cirurgias bariátricas/ mês
Procedimentos avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião geral ou cirurgião do aparelho digestivo 03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional 04.07.01.012-2-Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal 04.07.01.017-3-Gastroplastia c/ derivação intestinal 04.07.01.018-1-Gastroplastia vertical com banda 04.07.01.036-0-Gastrectomia vertical em manga (sleeve) 04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia
Contrarreferência	Atenção Primária em Saúde e Ambulatório de Condições Crônicas para Adultos, Pessoas Idosas e Lesões de Pele

XXIV. **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR**

Serviço ambulatorial destinado ao atendimento clínico (com oferta de exames laboratoriais e de imagem) e psicossocial, desenvolvido por equipe multiprofissional, nas modalidades individual e coletivo. Inclui: (i) garantia do acesso à hormonização, através da compra e da dispensação de hormônios para travestis e transexuais; (ii) acompanhamento pré e pós-operatório,

independentemente dos usuários manifestarem ou não o desejo de encaminhamento para a realização de procedimentos cirúrgicos (tais como a redesignação sexual e/ou outros); (iii) realização de ações de educação permanente e de matriciamento para a rede de atenção à saúde, principalmente a atenção primária. O encaminhamento para o ambulatório será realizado pela APS, a partir das informações clínicas relevantes do caso, conforme o material desenvolvido pelo TelessaúdeRS denominado “Protocolos de Regulação Ambulatorial - Psiquiatria Adulto” (2021 e atualizações posteriores).

Tabela 29

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico endocrinologista com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 08 horas semanais -Médico psiquiatra com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 08 horas semanais -Médico clínico geral com carga horária mínima de 20 horas semanais -Psicólogo, Assistente Social e Enfermeiro com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe complementar (opcional): Médico urologista, ginecologista e fonoaudiólogo.
Consultas médicas	Mínimo de 200 consultas médicas/mês
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais (Hemograma + perfil hepático + perfil metabólico + pesquisa de ISTs e outros) 02.02 - Exames laboratoriais (perfil hormonal: estradiol + testosterona total + SHbg + LH + FSH, ~~e~~ prolactina e outros)
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – Consulta médica na atenção especializada (CBO Endocrinologista, Psiquiatra e Clínica Geral) 03.01.01.004-8 - Consulta por profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)- CBO Psicóloga, Assistente Social e Enfermeira) 03.01.01.030-7 - Teleconsulta médica na atenção especializada (CBO Endocrinologista, Psiquiatra e Clínica Geral) 03.01.01.031-5 – Teleconsulta por profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)- CBO Psicóloga, Assistente Social e Enfermeira 03.01.04.00.3-6 - Terapia em grupo (Psiquiatra, Psicóloga e Assistente Social) 03.01.04.004-4 - Terapia individual (Psiquiatra, Psicóloga e Assistente Social)
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço Especializado no Processo Transexualizador habilitação 30.01 ou 30.03. Contrarreferência: atenção primária

XXV. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEFROLOGIA

Este serviço deverá tratar as doenças renais em adultos e crianças, considerando o padrão etário, estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), de 00 anos a 130 anos.

É requisito que o estabelecimento seja habilitado, pelo MS, como Atenção Ambulatorial Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico (código 15.06), Atenção Especializada em DRC com hemodiálise – (código 15.04) e Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal (código 15.05) e que realize, obrigatoriamente a confecção e/ou reintervenção em acessos para diálise (fístula arteriovenosas, fístula arteriovenosas com enxertia de politetrafluoretileno (PTFE), fístula arteriovenosas com enxerto autólogo, cateter de curta e longa permanência e cateter de Tenckhoff ou similar), para suas referências, não devendo ser encaminhado a outra referência para este fim..

Tabela 30

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA/CIRÚRGICO
Equipe Multiprofissional	-Médico Nefrologista -Enfermeiro -Técnico de Enfermagem - Nutricionista -Psicólogo -Assistente Social
Consultas médicas	Mínimo de 60 consultas médicas/mês para nefrologia geral, além do atendimento aos pacientes com DRC pré dialíticos ou dialíticos.
Diagnósticos e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - RX 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma 02.05.01004-0 Ultrassonografia Doppler de vasos 02.10.01.007-0 Arteriografias de membros - Venografias 02.05.02.004-6 – Ultrassom abdômen total (rins e vias urinárias) 02.05.02.005-4- Ultrassonografia de vias urinárias 03.05- Tratamento em nefrologia 04.18.01 - Acessos para diálise 04.18.02 - Intervenções cirúrgicas em acessos para diálise
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2- CBO médico nefrologista
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária

XXVI. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM CIRURGIAS DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Serviço de âmbito hospitalar para a realização de cirurgias de plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral, mastectomia simples bilateral com reposicionamento do complexo aréolo mamilar e histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia sob processo transexualizador, em caráter eletivo, com acompanhamento pré e pós-operatório por equipe multiprofissional, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador a travestis e transexuais. Deverão dispor de condições técnicas, infraestrutura física e recursos humanos compatíveis com o porte do serviço proposto, considerando a RDC nº 50/2002 e demais portarias estaduais que venham a complementá-la.

Tabela 31

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	- Médico cirurgião plástico (225235) - Médico ginecologista e obstetra (225250) - Psicólogo ou Psiquiatra; - Assistente Social; - Equipe de enfermagem.
Cirurgias	Mínimo de 12 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré-cirúrgica e avaliação pré-anestésica
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Exames radiológicos 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05 - Ultrassonografia
Procedimentos avaliados	04.10.01.020-0 – Plástica mamária Reconstrutiva Bilateral Incluindo Prótese mamária de Silicone Bilateral no Processo Transexualizador. 04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador. 04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia sob processo transexualizador.
Procedimentos Complementares	Médico mastologista (225255) que realizar o procedimento 04.10.01.019-7
Contrarreferência	Referência: demandas de redesignação sexual e cirurgias complementares - Serviço Especializado no Processo Transexualizador habilitação 30.01 ou 30.03. Contrarreferência: Ambulatório de Especialidades no Processo Transexualizador

XXVII. PLANTÃO PRESENCIAL

O plantão presencial é um serviço médico especializado, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana, vinculado ao tipo de serviço porta de entrada, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Bucomaxilofacial e Traumato/Ortopedia, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.

As Instituições poderão solicitar habilitação em uma ou mais especialidades supracitadas, desde que atendam as diretrizes e critérios desta Portaria.

A especialidade na porta de entrada tem por objetivo a qualificação do atendimento de urgência e emergência de acordo com a análise das áreas técnicas que determinam o território e o serviço que necessita deste aporte técnico em sua estrutura.

XXVII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. possuir porta de entrada de urgência e emergência com habilitação estadual e/ou federal;

ii. oferecer o plantão 24 horas com médico plantonista presencial em cada especialidade habilitada para o recebimento do incentivo;

iii. ser retaguarda de UTI, para atendimento nas especialidades referidas no com disponibilidade de 100% dos leitos para a gerência do complexo Regulador Estadual, acordando com o conceito de “Vaga Sempre”, ou seja, caberá à Regulação Estadual fazer a regulação das vagas e encaminhamentos dos pacientes de urgência sob critérios que não obedecerão, necessariamente, às referências territoriais para as urgências/emergências;

iv. estar localizado em município que dispõe de base de SAMU com ambulância Suporte Básico, contando com cobertura de unidade de suporte avançado local ou regional;

v. ser referência/retaguarda a Pronto Atendimento Hospitalar 24 horas e/ou UPA;

vi. garantir a implantação de sistema de acolhimento e triagem de pacientes por Protocolo regulamentado de classificação de risco.

vii. cadastrar os profissionais e suas cargas horárias, validadas pelo Diretor Técnico e pelo Diretor Clínico do estabelecimento, no Sistema de Informação Oficial (software) disponibilizado pela Secretaria Estadual da Saúde, que fará o acompanhamento/controle das escalas e presença dos profissionais nos plantões.

viii. apresentar percentual de preenchimento do Sistema de Informação citado no item vi igual ou superior a 95%, para fins de comprovação dos requisitos mínimos para esse tipo de serviço.

XXVII.2 Requisitos à solicitação de habilitação

ix. possuir porta de entrada de urgência e emergência com habilitação estadual e/ou federal;

x. estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências (RAU);

c) **AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS E PESSOAS IDOSAS (Item 4 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

O ambulatório de condições crônicas para adultos e pessoas idosas terá foco na atenção à saúde e na estabilização das condições para o qual é referência. As condições crônicas a serem atendidas são a hipertensão arterial, o diabetes e a obesidade.

c.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. atender às condições crônicas de adultos e idosos proporcionando atenção contínua, multiprofissional, proativa e integrada com os demais pontos de atenção à saúde na região:

a. atender a população adulta de hipertensos de alto risco e/ou diabéticos de alto e muito alto risco e/ou classificada como grau II de obesidade com comorbidades ou grau III de obesidade;

b. atender a população idosa classificada com sobrepeso com comorbidades e/ou classificada como Perfil 2 ou 3 de funcionalidade, a partir do resultado igual ou superior a 7 pontos no instrumento IVCF-20;

ii. compartilhar a atenção à saúde com a APS, de acordo com o plano de cuidados integrado;

iii. oferecer as 04 funções essenciais: assistencial, matriciamento, pesquisa clínica operacional e educação permanente para a APS;

iv. comprometer-se com o alcance dos indicadores de estrutura, processo e resultado previstos em documento específico a ser editado pela SES

v. ofertar consultas por equipe multiprofissional, exames especializados, administração de medicamentos e procedimentos conforme documento específico a ser editado pela SES;

vi. adotar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e do modelo de atenção contínua, conforme a figura a seguir:

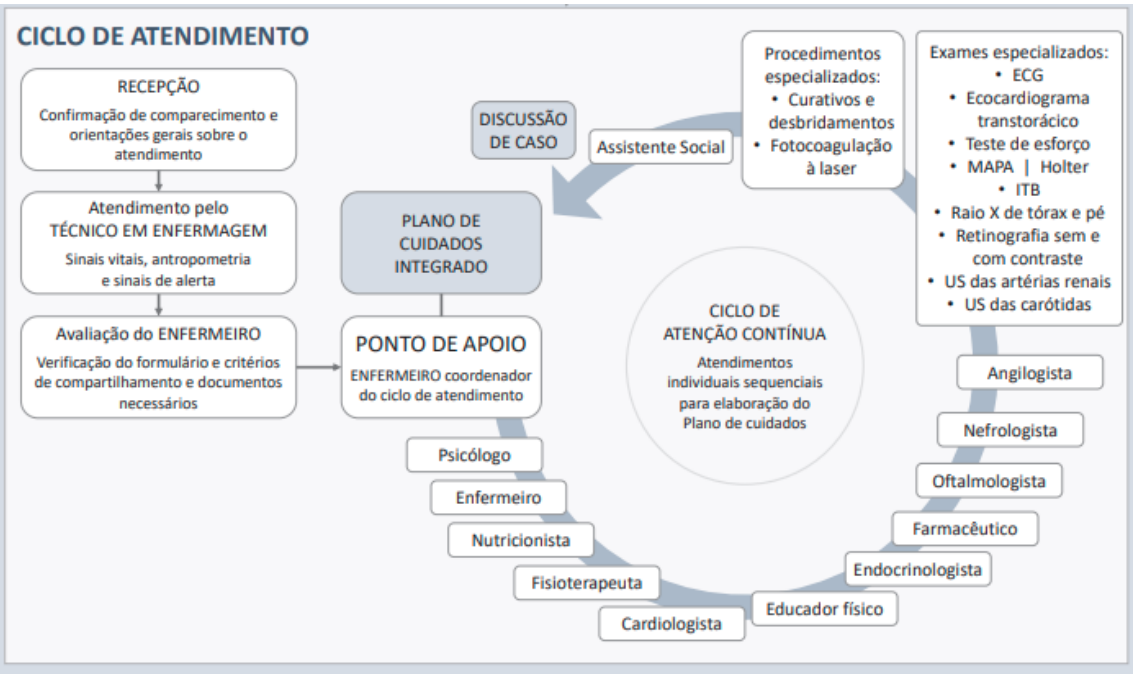


Figura 1: Ciclo de atendimento da atenção contínua (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2020, p. 64).

c.2 Parâmetros Assistenciais

A população a ser atendida pelo ambulatório é a população de pessoas maiores de 18 anos com hipertensão arterial, diabetes mellitus e/ou obesidade 2, além da população de idosos (pessoas com 60 anos ou mais), estratificada pela APS.

Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no ano de 2019, estima-se que no Rio Grande do Sul a prevalência de hipertensão arterial seja de 26,6% (IC95% 24,7%-28,6%) e a prevalência de diabetes mellitus 8,8% (IC95% 7,6%-10%). De acordo com critérios de estratificação, estima-se que 25% dos hipertensos sejam de alto risco e 30% de diabéticos sejam de alto ou muito alto risco.

Conforme os critérios de estratificação, estima-se que 25% dos hipertensos sejam de alto risco, 30% dos diabéticos sejam de alto ou muito alto risco, 16% da população adulta no RS tenha obesidade grau II ou III, e aproximadamente 40% dos idosos possuam comorbidades ou classificação nos perfis 2 ou 3 de funcionalidade pelo IVCF-20.

Para oportunizar a adaptação dos profissionais do ambulatório ao modelo MACC e de atenção contínua e permitir que os profissionais da APS identifiquem e estratifiquem as populações, orienta-se que o funcionamento do ambulatório obedeça a uma lógica progressiva de atenção, aumentando a cobertura da população-alvo ao longo do tempo. O estabelecimento de percentuais de cobertura da população-alvo no primeiro ano de funcionamento (por exemplo: 10%, 15% ou 25%) se coloca como uma estratégia adequada.

Quanto aos exames para diagnóstico e complementares, prevê-se:

i. programar consultas médicas, no mínimo, 2 pacientes/por hora;
ii. administrar medicamentos, quando necessário; bem como, realizar curativo grau II com ou sem debridamento;
iii. a equipe mínima deve contemplar as seguintes categorias profissionais e cargas horárias estipuladas no quadro 32 para atendimento de uma população estimada em 100.000 habitantes

c.3 Classificação e equipe mínima

Tabela 32

EQUIPE	AMBULATÓRIO DE CRÔNICOS
Enfermeiro Coordenador Geral Enfermeiro Coordenador Assistencial	Carga horária mínima de 40 horas semanais
Enfermeiro Assistencial	Carga horária mínima de 178 horas semanais
Enfermeiro Assistencial (para cuidados do pé diabético)	Carga horária mínima de 27 horas semanais
Enfermeiro (ponto de apoio)	Carga horária mínima de 60 horas semanais
Nutricionista Psicólogo	Carga horária mínima de 178 horas semanais

Farmacêutico Clínico	Carga horária mínima de 148 horas semanais
Assistente Social	Carga horária mínima de 120 horas semanais
Fisioterapeuta	Carga horária mínima de 115 horas semanais
Profissional de Educação Física	Carga horária mínima de 74 horas semanais
Técnico de Enfermagem	Carga horária mínima de 174 horas semanais
Terapeuta Ocupacional Fonoaudiólogo Médico Angiologista Médico Oftalmologista	Carga horária mínima de 51 horas semanais
Médico Psiquiatra	Carga horária mínima de 28 horas semanais
Médico Cardiologista	Carga horária mínima de 124 horas semanais
Médico Endocrinologista	Carga horária mínima de 84 horas semanais
Médico Nefrologista	Carga horária mínima de 27 horas semanais
Médico de Família Comunidade (responsável pela conexão/matriciamento entre as equipes da AB dos territórios e a equipe especializada do ambulatório)	Carga horária mínima de 40 horas semanais
Médico Geriatra ou com especialização em saúde do idoso	Carga horária mínima de 74 horas semanais
Diagnóstico e tratamento	02.02 - Ultrassonografia Doppler colorido de vasos 02.11.02.006-0 - Teste Ergométrico 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05.01.002-4 - Ecocardiografia Transesofágica 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total 02.11.02.004-4 - Holter 02.05.01-001-6 - Ecocardiografia de estresse 02.11.06.010-0 - Fundoscopia 04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular - MAPA - Avaliação de função e mecânica respiratória - Avaliação de movimento (por imagem) - Avaliação funcional muscular

c.4 Requisitos à solicitação de habilitação

i. Além da documentação comum a todas as especialidades, o serviço precisa atender na íntegra o previsto em nota técnica específica da SES/RS.

d) **AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL (Item 5 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

O Ambulatório de Egresso de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), integrante da Rede de Atenção Materno Infantil do RS objetiva e visa garantir:

i. acompanhar recém-Nascidos egressos de UTIN, com peso ao nascer inferior a 1500 gramas ou Idade Gestacional inferior a 32 semanas;

ii. o acompanhamento diferenciado aos recém-nascidos após alta hospitalar;

iii. identificar precocemente os desvios de desenvolvimento ou outras doenças, viabilizando intervenção;

iv. dar suporte à criança e às famílias oriundas de UTIN;

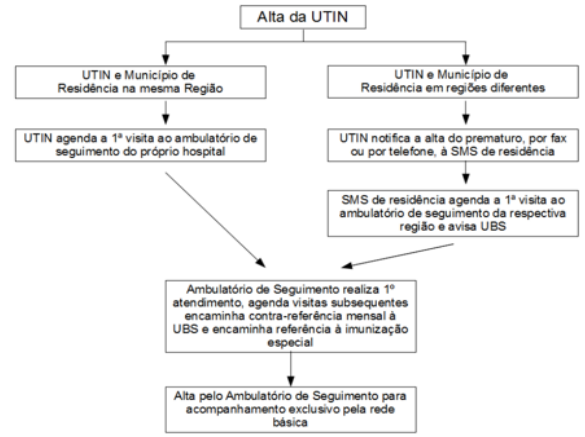
v. permitir estudos que analisem intervenções terapêuticas em determinados grupos de risco;

vi. avaliar resultados das terapias empregadas na UTIN;

d.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. atender às crianças residentes na respectiva área de abrangência, independentemente da localização da UTI neonatal onde ocorreu a internação, conforme fluxograma a seguir.

FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DAS CRIANÇAS EGRESSAS DE UTI NEONATAL CANDIDATOS AO ACOMPANHAMENTO PELOS AMBULATÓRIOS DE EGRESSO



ii. manter a ficha de Acompanhamento Individual, devidamente preenchida e permanecer no ambulatório, sendo que, a qualquer tempo, pode ser requisitada cópia pela SES/RS, conforme modelo a seguir:

Tabela 33

AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO DE CRIANÇAS EGRESSAS DE UTIN FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL	
Hospital:	Município:
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome	
Data de nascimento:	Data da alta:
Registro:	Convênio:
Nome da mãe:	

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Nome do pai:	
Endereço:	
Telefones:	
DADOS MATERNO-OBSTÉTRICOS	
G:	P:
C:	Ab (espontâneo - provocado):
Tipagem sanguínea da mãe:	Tipagem sanguínea do pai:
Intercorrências maternas na gestação:	
Medicação na gravidez: ( ) Sim ( ) Não	
Drogas na gravidez: ( ) Sim ( ) Não	
Tempo bolsa rota:	
Características do líquido amniótico:	
DADOS DO PARTO E DO RN	
Tipo de parto:	Apgar:
Necessidade de reanimação: ( ) Sim ( ) Não	Sexo:
Peso ao nascer (gr):	Comprimento:
IG ( ) AIG ( ) GIG ( ) PIG Método usado	PC
DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTIN	
Medicações usadas na internação:	
Transfusão: ( ) Não ( ) Sim	Necessidade de VM: ( ) Não ( ) Sim Tempo:
Com membrana hialina: ( ) Não ( ) Sim	Uso de inotrópicos: ( ) Não ( ) Sim
Fototerapia: ( ) Não ( ) Sim	Maior nível de bilirrubina total:
Uso exsanguineotransfusão: ( ) Não ( ) Sim	Sangramento SNC: ( ) Não ( ) Sim Tipo
Convulsões: ( ) Não ( ) Sim	Outras complicações:
DADOS DA ALTA DA UTIN	

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Data da alta:			Peso			
Comprimento:			Perímetro cefálico:			
Anormalidades clínicas por ocasião da alta:						
Exames anormais:						
Orientações dadas:						
Orientações alimentares:						
Eco cerebral:						
Teste de emissões otoacústicas:						
Fundo de olho:						
Teste do pezinho:						
ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE EGRESSO						
Triagem auditiva: ( ) Não ( ) Sim Data: Resultado:						
Triagem visual: ( ) Não ( ) Sim Data: Resultado:						
Data	Idade Cronológica	Idade Corrigida	Peso	Comprimento	Anemia da Prematuridade	Avaliação de Crescimento ( ) Sim = curva para prematuros na carteira ( ) Não = começar
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO						
Data	Avaliação neuropsicomotora					
Exames laboratoriais						
Data	Resultados					
Vacinas						

Data	Resultados
Evolução	
Data	Resultados

iii. enviar à SES/RS relatório mensal com a inclusão das crianças que iniciaram o acompanhamento e com a informação dos dados (data e procedimentos realizados) da visita mensal das demais crianças;

iv. além das imunizações indicadas pelo calendário vacinal, é indicada a aplicação das vacinas contra pneumococo, Hepatite B (mais um reforço) e uso de anticorpo monoclonal (palivizumabe) no período de sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR). A aplicação do palivizumabe deve ser feita em locais destinados à aplicação de vacinas especiais (CRIE ou outro local), em dias específicos, na medida em que com uma ampola é possível imunizar uma criança de até 6,7 Kg. Das 5 doses necessárias, baseadas no peso da criança, 3 doses protegem durante a sazonalidade. A busca deve ser ativa, pois, a interrupção em 1 mês interrompe a cobertura. Cerca de 30% das crianças que internam em UTI Pediátricas são prematuras, sendo quase sua totalidade acometidas de bronquiolite causada pelo vírus sincicial respiratório. Seu uso deve estar ligado a medidas de prevenção e higiene

v. manter atualizado o relatório mensal de atividades conforme modelo a seguir:

Tabela 34

RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL	
Hospital:	
Mês/Ano:	
Responsável Técnico:	
DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Nome	
Data da internação na UTI neo	

Peso ao nascer (gr)	
Diagnóstico	
Data da internação na Unidade Canguru	
Data da alta hospitalar	
DADOS DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DO MÊS ATUAL	
Neonatologia	
Pediatra	
Fisioterapeuta	
Fonoaudiólogo	
Assistente Social	
Psicólogo	
Neurologista	
Oftalmologista	
Cirurgião Pediátrico	
Imunização com palivizumabe	
Atendimentos realizados desde o início do acompanhamento (Preencher o nº de vezes)	
Data da alta para acompanhamento da APS	

d.2 Parâmetros Assistenciais

O serviço deve programar as consultas do bebê e seu acompanhamento na medida e no tempo oportunos recomendados, conforme cronograma de consultas abaixo:

Tabela 35

Tempo após alta	**Frequência das Consultas**	**Responsável**
Até 1 mês	1 a 2 visitas, conforme evolução e/ou condições para deslocamento ao ambulatório. Recomenda-se a 1ª visita na 1ª semana após a alta para os	Ambulatório Especializado

	casos mais graves	
1 mês a 1 ano	Mensais ou intervalo maior, conforme evolução e/ou condições para deslocamento ao ambulatório	Ambulatório Especializado
1 a 2 anos	Trimestrais	Ambulatório Especializado
2 a 4 anos	Semestrais	Atenção Primária
4 a 12 anos	Anuais	Atenção Primária

d.3 Classificação e equipe mínima

Tabela 36

EQUIPE	AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL
Equipe Multiprofissional	Neonatologia, Pediatria, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e suporte de outras especialidades médicas pediátricas como Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Cirurgia Pediátrica.
Diagnóstico e tratamentos	- Triagem auditiva (EOA, BERA) - Triagem visual (fundoscopia indireta); - Avaliação de crescimento (curvas para prematuros); - Avaliação neurológica (tônus); - Avaliação de desenvolvimento; - Teste de Alberta (18 meses) ou Bayley (6 anos); - Exames laboratoriais (anemia); - Protocolos específicos para avaliação da função pulmonar; - Densitometria Óssea ou Raio X de ossos longos; - Nutrição com condutas a serem adotadas para relactação e complementação com leites especiais, se necessário; - Apoio psicossocial com acompanhamento familiar para detecção de situações de risco; - Reabilitação em estimulação precoce;

d.4 Requisitos à solicitação de habilitação

Conforme documento orientativo da SES/RS.

e) **HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (HPP) (Item 7 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

Estabelecimentos com instalações para internação e em condições de oferecer assistência médica e de enfermagem, em regime contínuo 24 horas por dia, para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de usuários que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos.

e.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. realizar internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos;

ii. realizar atendimentos ambulatoriais;
iii. estar habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possuir até 30 leitos no CNES;
iv. não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço;
v. atender à sua população de referência e, quando solicitado pela regulação estadual ou municipal, aceitar pacientes de internados em hospitais com maior capacidade tecnológica para manutenção e finalização de tratamento;

e.2 Parâmetros Assistenciais

Os hospitais de pequeno porte poderão realizar atendimentos ambulatoriais e internação clínica ou cirúrgica de baixa ou média complexidade, dentro dos limites da capacidade instalada de cada instituição, não admitindo-se a realização de partos normal ou cesáreo como rotina de atendimento deste serviço, salvo avaliação e manifestação da área técnica da SES permitindo linha de cuidado materno infantil.

Os hospitais de pequeno porte são a referência imediata para a população do seu território e, em casos específicos, podem ser referência também para uma microrregião de acordo com o desenho demográfico de cada região de saúde.

e.3 Requisitos específicos à solicitação de habilitação

i. possuir capacidade de operação de até 30 leitos totais ou estar habilitado pelo Ministério da Saúde;

f) **LEITOS DE SAÚDE MENTAL (Item 8 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

A Unidade de Referência Especializada para Atenção Integral em Saúde Mental se caracteriza pela oferta de leitos em saúde mental e/ou psiquiatria, constituindo o componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e objetiva o atendimento dos diferentes ciclos de vida em âmbito hospitalar para:

i. pessoas com transtornos mentais e comportamentais e;
ii. necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

f.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:

i. apresentar uma taxa de ocupação mínima de 80% (oitenta por cento), sendo que os hospitais que apresentarem taxa de ocupação média mensal inferior a 60% (sessenta por cento) pelo período de 90 (noventa) dias passarão por reavaliação técnica;

ii. trabalhar para a melhoria constante da qualificação assistencial;
iii. disponibilizar, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual;
iv. oferecer educação permanente no ambiente hospitalar e em articulação com os demais equipamentos do território, organizando roteiro em educação permanente, o qual deverá ser implementado junto às diferentes equipes intersetoriais de acordo necessidades identificadas;
v. elaborar Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário;
vi. utilizar as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo a seguir:

Tabela 37

DOCUMENTO DE REFERÊNCIA	
Protocolo Regulação (opcional)	
Dados de Identificação do Paciente	
Nome:	
Nome Social:	
Cartão Nacional de Saúde:	Data de Nascimento:
Nome da Mãe:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Endereço:	
Telefones:	Município de residência:
Dados do Solicitante	
Nome do Profissional	
Nome do Estabelecimento:	Telefones:
Município	
Dados da Solicitação	
Descrição (sinais, sintomas, histórico, medicações em uso):	
Motivo do Encaminhamento (justificativa da internação):	

Sinais Vitais: ( ) Não informado/não se aplica	
FC: FR: Tax: PA: Sat O²:	
Leito Solicitado:	
( ) Enfermaria adulto	( ) Enfermaria pediátrica
( ) Hospital dia	( ) Obstétrico
( ) Psiquiátrico	( ) UTI adulto
( ) UTI pediátrica	( ) UTI neo natal
Cid principal:	Data da solicitação:
Hora:	Procedimento:
Assinatura do Responsável	

Tabela 38

DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA - NOTA DE ALTA	
Protocolo Regulação (opcional)	
Dados de Identificação do Paciente	
Nome:	
Nome Social:	
Cartão Nacional de Saúde:	Data de Nascimento:
Nome da Mãe:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Endereço:	
Telefones:	Município de residência:
Dados do Executante:	
Nome do Profissional:	
Nome do Estabelecimento:	Telefones:
Dados da Internação/Atendimento	
Resumo da Internação/Atendimento	

Prescrição/Medicamentos:	
Motivo de Alta	
Encaminhamento	
( ) Atenção Primária	( ) CAPS
( ) Ambulatório de saúde mental (Ament)	( ) Ambulatório do próprio serviço/hospital
( ) Outro/não se aplica	Cid principal:
Data da internação:	Data da alta:
Nome do serviço:	
Assinatura do Responsável	

vii. participar das reuniões da RAPS local e dos Grupos Condutores Regionais para pactuação e acompanhamento da linha de cuidado em saúde mental, com construção conjunta de fluxos de rede de saúde e intersetorial e garantia de acolhimento em diferentes portas de entrada;

viii. atender às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional;

ix. garantir o atendimento do paciente pelo médico clínico plantonista nas situações em que não houver a presença do médico psiquiatra na admissão do usuário;

x. garantir as ações de interconsulta com as demais equipes do hospital e equipes de outros serviços da rede de referência do usuário na perspectiva da integralidade e da continuidade da atenção;

xi. garantir a visita de familiares, rede afetiva e profissionais de referência do usuário durante a internação, de modo a fortalecer as relações sociais;

xii. articular com os demais serviços da RAPS desde o momento do início da internação, garantindo o acesso e acolhimento do usuário na rede após a alta hospitalar e a corresponsabilização do cuidado;

xiii. promover atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS;

xiv. proporcionar aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extra-hospitalar durante a internação;

xv. considerar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente;

xvi. fornecer o formulário de solicitação de psicofármacos, quando for o caso, preenchido e assinado pelo médico responsável, para garantia do seguimento do tratamento medicamentoso fora da Instituição;

f.2 Parâmetros Assistenciais

Estes serviços hospitalares devem atuar para preservar a vida, visando oferecer condições para a garantia e continuidade do cuidado através dos demais componentes dessa mesma RAPS presente no território.

Deve ainda garantir acesso e cuidado a todos os ciclos de vida, sem distinção de gênero e sem restrições de acesso por condições de saúde, clínica ou psiquiátrica.

As internações de crianças de até 12 anos deverão ocorrer obrigatoriamente com acompanhante em leitos/unidades separados dos adultos, preferencialmente na pediatria.

As internações de adolescentes de 12 a 18 anos deverão ocorrer em quartos separados dos adultos com direito à acompanhante.

f.3 Classificação e equipe mínima

Tabela 39

EQUIPE	08 a 10 LEITOS	11 a 20 LEITOS	21 a 30 LEITOS
Equipe Multiprofissional	02 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 40 horas semanais 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10 horas por semana	04 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 03 por turno noturno 01 enfermeiro por turno 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 60 horas semanais 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 20 horas por semana	05 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 04 por turno noturno 01 enfermeiro por turno 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 90 horas semanais 01 médico clínico responsável pelas interconsultas 01 ou 02 médicos psiquiatras responsáveis pelos leitos, contabilizando carga horária total de 30 horas por semana

*****As Unidades de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais poderão ser compostas por leitos de saúde mental (código 87 no CNES), com habilitação federal (código 0636), e/ou por leitos de psiquiatria (código 47 no CNES), para os quais poderá ser concedido habilitação ao incentivo estadual.

**O número de leitos de atenção integral em Saúde Mental não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral.

Cada unidade não poderá ultrapassar o máximo de 30 (trinta) leitos.

f.4 Requisitos à solicitação de Habilitação

Além da documentação comum a todas as especialidades, o processo deve conter:

i. Projeto terapêutico conforme modelo a seguir:

Tabela 40

PROJETO TÉCNICO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA PARA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL
UF: Rio Grande do Sul
Gestor Municipal / Prefeito:
Nome do Município:
Secretário Municipal de Saúde:
Coordenador/a Municipal de Saúde Mental:
Natureza Jurídica do Hospital: Público ou Filantrópico
DADOS GERAIS
Razão Social:
CNPJ:
Endereço completo:
Técnico responsável pela equipe de saúde mental:
Responsáveis pelo projeto:
1. JUSTIFICATIVA
• características do município
• dados demográficos
• dados epidemiológicos
• contextualização da rede de atenção à saúde existente

• organização atual da rede de saúde mental (articulação, dificuldades, etc)
2. FUNDAMENTOS LEGAIS E TEÓRICOS DO SERVIÇO
Descrever a concepção teórica em saúde mental na atenção ao usuário com o suporte da legislação vigente.
3. OBJETIVOS
4. MODELO DE ATENÇÃO
4.1. CRITÉRIOS DE ACESSO AO SERVIÇO público-alvo
4.2. PROCESSO DE ACOLHIDA, VÍNCULO E CONTRATO DE CUIDADOS Como se dará e quem fará a acolhida dos novos usuários, vínculo e contrato terapêutico, informação aos usuários do funcionamento do serviço
4.3. GARANTIA DOS DIREITOS DE FAMILIARES E USUÁRIOS Lei 10.216/01 artigo 2º.
4.4. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ex. Cartilha HumanizaSUS O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a atenção ao usuário, em sua singularidade, desde o acolhimento e admissão na Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral até a transferência do cuidado para outro equipamento de saúde da rede de atenção;
O Projeto Terapêutico Singular deve:
• ser elaborado com a participação do usuário, considerando sua singularidade e direito de escolha;
• ser apresentado por escrito e permanecer disponível para consulta na Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral;
• envolver o estabelecimento de fluxos de atenção entre os serviços da rede pactuados na lógica de linha de cuidado para garantir a devida qualidade do acesso e a continuidade do tratamento;
• avaliar permanentemente os indicadores de qualidade e humanização à assistência prestada.
4.5. CONDIÇÕES DE ALTA (TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO)
4.6 MODALIDADES DE ATENÇÃO Descrever os tipos de dispositivos terapêuticos oferecidos e os profissionais responsáveis, seus objetivos e a frequência em que acontecem (anexar grade de atividades semanal):
A Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral deverá contemplar em seu projeto técnico institucional as seguintes atividades:
• avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social, realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente;
• atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

• atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras);
• abordagem familiar, que deve incluir orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em dispositivos extra-hospitalares;
• integração com programas locais de redução de danos, ainda durante a internação;
• preparação do usuário para a alta hospitalar (transferência do cuidado), garantindo a continuidade do tratamento em unidades extra-hospitalares da rede local de atenção integral (CAPS, ambulatórios, atenção primária), na perspectiva da construção de uma linha de cuidado que promova a construção de projetos singulares de vida e evite novas internações;
• mediante demandas de ordem clínica específica, estabelecer mecanismos de integração com outros setores do hospital geral onde a Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral estiver instalado, por intermédio de interconsultas, ou ainda outras formas de interação entre os diversos serviços do hospital geral;
• utilização de protocolos técnicos para o manejo terapêutico de intoxicação aguda e quadros de abstinência decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e complicações clínicas/psíquicas, devendo orientar-se pelas diretrizes "Identificação e manejo dos transtornos mentais e dos transtornos associados ao uso de crack/cocaína", do Ministério da Saúde;
• utilização de protocolos técnicos para o manejo de situações especiais, como por exemplo, a necessidade de contenção física;
• estabelecimento de protocolos para a referência e contrarreferência dos usuários, o que deve obrigatoriamente comportar instrumento escrito que indique o seu destino presumido, no âmbito da rede local / regional de cuidados na lógica da atenção integral em linha de cuidado;
• atividades comunitárias (descrever);
• visitas domiciliares (descrever).
4.7 ARTICULAÇÃO COM A REDE As ações de trabalho em rede e linha de cuidado devem contemplar:
• matriciamento
• pactuação de fluxos de referência e contrarreferência, na lógica de linha de cuidado
• reuniões periódicas com a rede
• capacitações em rede
• relação com serviços que compõem a rede de atenção integral em saúde mental do município ou região, descrevendo ações articuladas
5. A EQUIPE
• Composição (lista de profissionais em quadro com nome completo, carga horária, formação)
• Processo de trabalho da equipe (Descrever)
6. REGISTROS

• prontuário único e sistemático para cada usuário
• atas de reunião de equipe
7. DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ii. Parecer da equipe de saúde mental da respectiva Coordenadoria Estadual de Saúde;

iii. Termo de garantia de acesso e de trabalho em rede assinado pelo hospital;

iv. Termo de garantia de acesso aos serviços extra-hospitalares e de trabalho em rede assinado pelo gestor do município sede;

v. Fluxos de trabalho em rede acordados no município/região de saúde de abrangência para garantia de acesso aos serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental;

vi. Ofício de solicitação de incentivo financeiro para Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral em Saúde Mental, explicitando os quantitativos de leitos a serem habilitados;

g) LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL (Item 9 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

Os leitos de saúde prisional são leitos clínicos ou cirúrgicos destinados à internação da população privada de liberdade.

Atualmente o Estado conta com três hospitais com este perfil.

g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. internar população privada de liberdade;

ii. possuir a estrutura física capaz de garantir a segurança tanto do paciente internado nestes leitos quanto dos demais pacientes do hospital;

h) **LEITOS DE UTI E UCI (Item 10 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

Os leitos de UTI - Unidade de Terapia Intensiva são destinados para o atendimento à internação de pacientes críticos e, para pleitear o aporte de incentivo estadual através do ASSISTIR, é condição indispensável a habilitação federal.

Os leitos de UCI - Unidade de Cuidados Intermediários são destinados ao cuidado de pacientes entre a alta da UTI e internação em leitos clínicos ou cirúrgicos, objetivando o monitoramento constante do paciente e a liberação de leitos de UTI para pacientes com quadros mais graves.

h.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:

i. apresentar uma taxa de ocupação mínima de 80% (não descartando, com isso, a possibilidade de cobrança do Ministério da Saúde sobre sua exigência de taxa de ocupação) a ser avaliada trimestralmente, e considerando a melhoria constante da qualificação assistencial;
ii. estar adequado e cumprir os parâmetros mínimos da RDC 50/2002 e RDC 7/2010 da ANVISA, a Portaria MS/GM 930/2012, a Portaria de Consolidação nº 3 Títulos X e IV do Ministério da Saúde;
iii. a taxa de ocupação média mensal inferior a 60% (sessenta por cento) pelo período de 90 (noventa) dias passarão por reavaliação técnica;
iv. publicar, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico;
v. garantir diagnóstico, à beira do leito, da Retinopatia da Prematuridade (ROP), em todo o recém-nascido internado em leitos de UTI Neonatal, com peso ao nascer ≤1500g e/ou Idade Gestacional ≤ 32 semanas. Ou ainda para RN que apresentarem displasia bronco-pulmonar, necessidade de oxigenioterapia em CPAP ou em ventilação mecânica, presença de septicemia, hemorragias intracranianas, necessidade de transfusões sanguíneas, uso de surfactantes e indometacina; ou ainda, sob outras condições clínicas quando solicitado pelo neonatologista.
vi. Garantir o tratamento específico para cada estágio da ROP no tempo preconizado por meios próprios ou terceirizados.

h.2 Parâmetros Assistenciais

Os leitos de UTI são regulados na sua totalidade pelas regulações estadual ou municipais através da regulação compartilhada com o Estado e o acesso a estes leitos observará os critérios de (I) quadro clínico do paciente; (II) capacidade técnica do hospital; (III) disponibilidade de leito e (IV) questões logísticas e pactuações para deslocamento do paciente.

A reserva de leitos para cirurgia é permitida, porém, pelo período máximo de até 48 horas, sendo esta solicitação sempre avaliada pela SES. Todavia, a qualquer momento a regulação estadual poderá utilizar qualquer leito, mesmo que reservado, para garantir o atendimento de pacientes graves, caso não haja opção de leitos em outras UTIs.

Não será autorizado o bloqueio de leitos para procedimentos de desinfecção da UTI conforme orientação da Nota Técnica n°01/2010 da Anvisa.

Nos hospitais com leitos de UTI Neonatal, exige-se, para manter a qualificação do atendimento e acolhimento adequados, a especial atenção à chamada Retinopatia do Recém-Nascido Prematuro (do inglês ROP). Esta é uma das principais causas de cegueira na infância e sabe-se que um maior número de deficiência visual grave é proporcional à qualidade da assistência nas UTIN (especialmente quanto a recursos humanos qualificados e equipamentos adequados) e por programas de triagem bem executados.

O primeiro exame deverá ser realizado nos RN com ≤ 32 semanas idade gestacional) ou com peso ≤ 1.500 gramas, e ser realizado por oftalmologista com experiência em exame de retina de RN e conhecimento da doença para identificar as alterações retinianas e seus estágios sequenciais, utilizando oftalmoscópio binocular indireto (OBI).

Para permitir a classificação da ROP e a devida intervenção, necessária para evitar a deficiência visual, deverá ser utilizado como referência a Classificação Internacional de Retinopatia da Prematuridade (The International Classification of Retinopathy of Prematurity Revisited), determinando assim, a periodicidade da realização dos exames subsequentes e o tratamento indicado (se fotocoagulação, crioterapia ou ranibizumabe), indicando as opções terapêuticas atuais, ou ainda as novas opções que venham ser agregadas.

h.3 Classificação e equipe mínima

Tabela 40

PARÂMETROS MÍNIMOS	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA E LEGAL
Equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos	Além desta Portaria, os hospitais deverão observar e cumprir obrigatoriamente o estabelecido: RDC 50/2002; RDC 7/2010; Portaria de Consolidação MS nº 3 Títulos X e IV e Portaria MS/GM 930/2012

h.4 Requisitos à solicitação de habilitação

Além da documentação comum a todas as especialidades, é requisito habilitação federal.

i) **MATERNIDADE DE ALTO RISCO (Item 11 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

A Maternidade de Alto Risco, integrante da Rede Materno Infantil do RS que oferece:

i. atendimento multiprofissional às gestantes de alto risco no momento do parto/nascimento, intercorrências obstétricas, abortamento e demais funções relacionadas à atenção hospitalar da gestação de risco habitual e alto risco.;

ii. ações de atendimento integrado com a Atenção Primária e com os serviços de Ambulatório de Gestação de Alto Risco que realizam o pré-natal de alto risco;
iii. atendimento a todas as gestantes de alto risco referenciadas ao serviço, com retaguarda as maternidades de risco habitual, conforme fluxo pactuado no âmbito da Rede Cegonha, garantindo a vinculação e “vaga sempre” para as gestantes;
iv. ações e serviços que abrangem a atenção à gestante, ao recém-nascido e à puérpera de risco;
v. garantia de acesso de acordo com o desenho da Rede Materno-Infantil Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco;
vi. humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com suas necessidades e condições clínicas;
vii. abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas;
viii. regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação regional;

i.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. apresentar todos os critérios técnicos requisitados na Maternidade de Risco Habitual.
ii. realizar atendimento de urgência/ emergência obstétrica, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;
iii. Fornecer retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garantir o encaminhamento responsável;
iv. receber todas as gestantes de alto risco previamente vinculadas pela atenção básica e/ou ambulatório de gestante de alto risco (AGAR), sem necessidade de regulação dos leitos obstétricos e sem condicionar o atendimento da gestante a vaga de UTI Neo;
v. receber todas as gestantes de alto risco encaminhadas diretamente pelo hospital de referência de risco habitual regional ou pela central de regulação estadual para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto, seguindo o fluxo de contato direto entre os serviços para transferência da paciente dentro da sua referência pactuada. Apenas os leitos de UTI neonatais são regulados pela central de regulação;

vi. implantar o acolhimento com classificação de risco em urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais, 24 horas por dia, nos 7 dias da semana;

vii. manter a unidade de avaliação da vitalidade fetal pré-natal de alto risco da sua área de referência;

viii. dispor de infraestrutura para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes. Assumir o compromisso de inserção gradativa da oferta de UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa);

ix. dispor de infraestrutura para Unidade de Terapia Intensiva Adulto com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes. No caso do hospital não contar com esse serviço, deve haver pactuação para retaguarda de suporte imediato;

x. manter Comitê Hospitalar de mortalidade materna e infantil e investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e óbitos maternos ocorridos no Hospital, enviando, periodicamente, os relatórios de investigação para o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da SES;

xi. estabelecer e colocar em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 60%. Considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas;

xii. comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede;

xiii. os leitos obstétricos de alto risco não devem ter seu acesso restringido por motivos relacionados à ocupação da UTI neonatal.

i.2 Parâmetros Assistenciais

Considerando que aproximadamente 15% das gestantes poderão ser classificadas como de alto risco, garantir o acesso hospitalar para intercorrências na gestação, para o parto e o nascimento do bebê em local adequado e com os recursos necessários para a segurança e o cuidado integral é indispensável.

i.3 Classificação e equipe mínima

Tabela 41

EQUIPE	MATERNIDADE DE ALTO RISCO
Equipe Multiprofissional	Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana. Enfermeiro Obstetra, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Neonatologista ou Intensivista Pediatra, Médico Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico e Psicólogo disponíveis sempre que necessário.
Médico Obstetra	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Pediatra	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Anestesista	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana
Diagnóstico e tratamento	Disponível 24 horas por dia, sete dias por semana: 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma - Cardiotografia - Serviço de radiologia -Laboratório clínico -Posto de coleta de leite humano -Garantir acesso à ultrassonografia com “doppler”, caso necessário.

i.4 Requisitos à solicitação de habilitação

Cumprir as diretrizes e critérios técnicos, os parâmetros assistenciais e equipe mínima conforme disposto nos itens i.1, i.2 e i.3 desta Portaria.

j) **MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL (Item 12 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

A Maternidade de Risco Habitual, integrante da Rede de Atenção Materno – Infantil do RS que oferece:

i. atendimento multiprofissional às gestantes de risco habitual no momento do parto/nascimento, intercorrências obstétricas, abortamento de demais funções relacionadas à atenção hospitalar da gestação de risco habitual;
ii. ações de atendimento integrado com a Atenção Primária que realiza pré-natal de risco habitual;
iii. garantia de acesso de acordo com o desenho regional da Rede Cegonha, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, classificadas em Risco Habitual.

j.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. atender à necessidade estimada de partos pelo Sistema Único de Saúde da região a qual pertença, devendo a maternidade constar no Plano de Ação da Rede Cegonha Estadual;

ii. estar articulada em rede para receber todos os encaminhamentos advindos da atenção primária à saúde e/ou intercorrências/emergências, durante a gestação ou puerpério tendo como obrigação de, nas situações em que a gestante estiver internada em uma maternidade de risco habitual e necessite de atendimento de alto risco, seguir o fluxo de contato direto entre os serviços para transferência da paciente dentro de sua referência pactuada. Apenas os leitos de UTI neonatais são regulados pela central de regulação;

iii. inserir no processo de trabalho da Instituição a Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde, ou atualizações do mesmo, durante 24 horas do dia, 7 dias da semana, para reorganizar a porta de entrada dos atendimentos, tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente, potencializando o trabalho em equipe dos setores da maternidade, através de uma comunicação institucional sistematizada;

iv. assumir a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e o encaminhamento a serviço de maior complexidade sempre que necessário;

v. dispor de médico obstetra, médico pediatra, médico anestesista e enfermeiro presencialmente nas 24 horas do dia, 7 dias da semana, assumindo o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstétrica no processo assistencial;

vi. cumprir os dispositivos das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal e à cesariana, conforme recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);

vii. seguir as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização;

viii. assegurar o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares;

ix. garantir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, conforme Lei nº 11.108/2005;

x. realizar ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento;

xi. orientar de forma precisa o acesso e uso dos métodos contraceptivos no puerpério, reafirmando o direito de acesso a métodos contraceptivos de escolha da mulher, de modo a não ter uma gravidez não planejada;

xii. assumir o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento;

xiii. realizar a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado;

xiv. realizar a atenção ao puerpério imediato e garantir a longitudinalidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido através do sistema de referência e contrarreferência com a equipe de atenção primária;

xv. realizar o acolhimento, os primeiros atendimentos e o encaminhamento à rede especializada conforme o estabelecido na lei nº 12.845/2013, nos casos de violência sexual;

xvi. encaminhar a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação;

xvii. realizar as notificações e investigações sanitárias vigentes, principalmente a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais e para as notificações compulsórias de doenças e agravos durante a gestação e em casos de violência;

xviii. estabelecer e colocar em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 70%, considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas

xix. atender às exigências de infraestrutura física, processos e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde para uma ambiência e realização dos procedimentos adequados às boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

xx. realizar o atendimento hospitalar integral em situações de abortamento utilizando as recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização.

xxi. seguir as boas práticas do parto e nascimento conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização

xxii. seguir as recomendações de segurança do paciente conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização

xxiii. assegurar o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais.

xxiv. comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede

j.2 Parâmetros Assistenciais

Os hospitais, para se inserirem à rede materno infantil, devem apresentar um quantitativo mínimo de 365 nascimentos anualmente, dado obtido a partir do relatório SINASC, ocorrência por estabelecimento de saúde que garantam acesso aos partos de risco habitual das gestantes a ele referenciadas.

Em caráter excepcional, na possibilidade de serem identificadas localidades de difícil acesso e/ou de vazios assistenciais, poderão ser considerados serviços com ocorrência inferior a 365 partos anuais, desde que estes serviços de saúde contemplem os demais critérios para o atendimento ao risco habitual, ou apresentem documento assinado pela direção técnica da instituição formalizando a garantia de acesso com segurança para paciente e equipe e sejam inseridos no desenho regional da rede materno-infantil. Incorporando gestantes residentes nos municípios da área de abrangência com menor ocorrência de nascimentos, com fluxos assistenciais pactuados e com possibilidade de ocorrência anual mínima de 200 nascimentos.

No entanto, essas unidades deverão estar localizadas em Hospitais Gerais com no mínimo 50 leitos e anexar ao processo, documento assinado pela direção técnica da instituição, formalizando a garantia de acesso com segurança à paciente e que a equipe que realizará a assistência.

j.3 Classificação e equipe mínima

Tabela 42

EQUIPE	MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL
Equipe Multiprofissional	Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Obstetra	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Pediatra	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Anestesista	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.

j.4 Requisitos à solicitação de habilitação

Conforme documento orientativo da SES/RS.

k) **EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS (Item 13 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

Considerando a necessidade de atualização dos parâmetros assistenciais para a organização da rede de atenção oncológica no país, em dezembro/2019, foi publicada a Portaria

SAES/ MS Nº 1.399/2019, a qual redefiniu os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.

A portaria traz os novos parâmetros mínimos de produção, recursos humanos, necessidade de atualização de referenciamento de determinadas especialidades, bem como a atualização do Plano Estadual de Oncologia. Segundo a portaria, considerando a proporção de usuários dependentes da saúde suplementar no RS, o número de hospitais necessários para o atendimento do câncer seria de 36 estabelecimentos.

Desta forma, entende-se que no momento temos 83% do número ideal de unidades em atividade. As habilitações da Santa Casa de São Gabriel, na 10ª CRS, para ampliação de serviços da Macrorregião Centro-Oeste, e do Hospital Infantil Ivan Goulart, de São Borja, que poderá atender à microrregião onde se encontra, estão em análise pelo MS.

Houve aumento na produção de endoscopias digestivas altas (15%) e colonoscopias (9%), e diminuição de 30% na realização de retossigmoidoscopias. Desse modo, pode-se estabelecer que o RS deveria produzir anualmente (somente focando em UNACON e CACON) 57.600 endoscopias (atingiu-se 76% do esperado) e 86.400 colonoscopias e retossigmoidoscopias (atingimos em 2019 o valor de 32,75% do normatizado). Importante salientar que, devido à alteração de parâmetros em função da publicação da nova portaria supracitada, o número de exames endoscópicos digestivos exigidos pela nova legislação seria de 18.000/ano (levando em consideração endoscopias altas e baixas), sendo que a produção de 2019 no RS é de 72.196 exames.

Apesar de os números serem considerados de acordo com os parâmetros mínimos exigidos, há que se otimizar a rede de acesso a diagnóstico endoscópico em virtude da alta taxa de mortalidade deste subtipo de neoplasia no RS.

k.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:

i. acolher a todos pacientes com diagnóstico já firmado de câncer ou aqueles que apresentam suspeitas clínicas e foram encaminhados à unidade oncológica e precisam de exames para o diagnóstico;
ii. ampliar a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano.

k.2 Parâmetros Assistenciais

Os parâmetros previstos na legislação federal, preveem que cada unidade é responsável, minimamente, por 1.000 (mil) casos novos a cada ano. Para tanto, realizam exames para

diagnóstico e acompanhamento, como: biópsias, exames anatomopatológicos, ultrassonografias, esofagogastroduodenoscopias, colonoscopias, retossigmoidoscopias, mamografias, tomografias, entre outros e devem, obrigatoriamente, proporcionar toda a linha de cuidado ao paciente.

k.3 Classificação e equipe mínima

As Unidades Oncológicas são denominadas de UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) ou CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia).

Tabela 43

PARÂMETROS MÍNIMOS	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA E LEGAL
Equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos	Portaria SAES/ MS Nº 1.399/2019

k.4 Requisitos à solicitação de Habilitação

Além da documentação comum a todas as especialidades, é requisito habilitação federal como UNACON ou CACON.

l) **PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Item 14 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

i. Serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, psiquiátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

ii. O atendimento ininterrupto é aquele disponível nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, sem a negativa de acesso, com acolhimento a todos os pedidos de socorro.

l.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. possuir estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico;

ii. dispor de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral;

iii. submeter-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas;

iv. acolher, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual;

v. possuir o sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos;

vi. estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital;

vii. implantar processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;

viii. articular com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

ix. submeter-se à regulação estadual, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

x. possuir equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência;

xi. organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

xii. implantar mecanismos de gestão da clínica, visando à: (a) qualificação do cuidado; (b) eficiência de leitos; (c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho e (d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

xiii. garantir a retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional ou por definição da Secretaria Estadual de Saúde;

xiv. garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

xv. realizar o contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

I.2 Parâmetros Assistenciais

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A RAU está organizada em oito componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do

SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e Atenção Domiciliar. As diretrizes da RAU estão definidas nas Portarias de Consolidação GM/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017.

No Componente Hospitalar, as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência são serviços de atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas ou referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, psiquiátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017.

O perfil assistencial de cada porta de entrada a partir do porte do referido serviço.

I.3 Classificação e equipe mínima

i. as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência serão classificadas nos seguintes portes:

Tabela 44

*PORTE	NÚMERO DE LEITOS	HABILITAÇÃO EM ALTA COMPLEXIDADE	EQUIPE MÍNIMA	PERFIL ASSISTENCIAL
Geral I	Até 50 leitos	Não se aplica	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.	Atendimentos clínicos de média complexidade
Geral II	51 a 99 leitos	Não se aplica	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade
Geral III	Mais de 100 leitos	Não se aplica	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista.	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade

Especializado I	Mais de 100 leitos	Ao menos uma habilitação federal, em alta complexidade, nas especialidades de Traumato/Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista.	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade
Especializado II	Mais de 100 leitos	Ao menos duas habilitações federais, em alta complexidade, nas especialidades de Traumato/Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista.	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade

*Quando da habilitação/qualificação das portas de entrada pelo Ministério da Saúde através do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência - PAR da RUE, o valor aportado pelo Estado a título de incentivo para este tipo de serviço será reduzido para o valor correspondente ao porte imediatamente inferior ao porte habilitado pelo ente federal.

O tipo de serviço porta de entrada poderá contar ainda com o plantão presencial, serviço médico, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Traumato/Ortopedia, Bucomaxilofacial, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.

A especialidade na porta está contemplada dentro do tipo de serviço Ambulatório de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas, item BB e tem por objetivo a qualificação do atendimento de urgência e emergência de acordo com a análise das áreas técnicas que determinam o território e o serviço que necessita deste aporte técnico em sua estrutura.

m) CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTO JUVENIL (CRAI) (Item 1 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

O Centro de Referência ao Atendimento Infanto juvenil (CRAI) terá como foco a atenção e o atendimento integral e interinstitucional a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. As intervenções devem seguir as diretrizes da Lei nº 13.431/2017 e do Decreto nº

9.603/2018, que alteram o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e estabelecem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) vítima ou testemunha de violência.

m.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:

i. cadastrar o serviço hospitalar como Serviço de Saúde para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017;

ii. Contemplar todos os ciclos de vida e suas especificidades, tendo em vista o cadastramento para atenção integral a todas as pessoas em situação de violência sexual;

iii. Ser referência para o atendimento de outras formas de violência, sobretudo aquelas de caráter agudo, que envolvam risco à vítima e/ou que exijam a realização de perícias médico-legais, físicas e/ou psíquicas;

iv. Garantir o atendimento pela emergência/serviço de referência nos casos de violência sexual ou outras violências que chegarem fora do horário de funcionamento do CRAI. Se necessário, a vítima ficará internada para posterior atendimento no centro de referência;

v. Compartilhar o cuidado com a Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora do cuidado, garantindo a execução planejada, integrada e organizada das ações;

vi. Prestar atendimento integral e interinstitucional por meio dos diferentes órgãos que compõem o CRAI: Saúde (cuidado em saúde e proteção), Instituto-Geral de Perícias (materialização de provas), Polícia Civil (denúncia e investigação) e Ministério Público (articulação e fiscalização);

vii. Promover espaços de educação permanente a todos os funcionários/servidores sobre o atendimento e o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, incluindo seguranças, recepcionistas, profissionais da assistência, coordenação do serviço, etc.

m.2 Parâmetros Assistenciais

O atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual deve ser realizado por equipe multiprofissional, seguindo as disposições constantes nas normas técnicas, protocolos e linhas de cuidado. Conforme o artigo 683º da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, o cuidado em saúde às vítimas engloba os seguintes aspectos:

i. acolhimento;

ii. atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;

iii. escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;

iv. informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

v. atendimento clínico;

vi. atendimento psicológico;

vii. realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde constem, entre outras, as seguintes informações:

- data e hora do atendimento;
- história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;
- exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário;
- descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e
- identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;

viii. dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;

ix. exames laboratoriais e de imagem necessários;

x. preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;

xi. orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e

xii. orientação a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços da rede de proteção.

Nas situações de gravidez resultante de estupro, a vítima deve ser encaminhada a serviços de referência para o abortamento legal para ter acesso às informações acerca dos direitos legais de interrupção da gravidez ou pré-natal. Estes serviços possuem equipes especializadas e com conhecimento técnico para avaliar, junto com a gestante e seus representantes legais, qual será o seguimento da gestação.

A criança/adolescente gestante com menos de 14 anos, sofreu, conforme a art. 217-A do Código Penal, estupro de vulnerável, independente do seu consentimento. Estes casos também devem ser encaminhados aos serviços de referência para o abortamento legal, além da obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar ou à autoridade policial. O Boletim de Ocorrência ou a autorização judicial não são obrigatórios para a realização dos procedimentos de interrupção da gravidez previstos no Código Penal, inclusive quando se tratar de criança ou adolescente.

A linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências foi estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2010 e compreende as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social. As orientações detalhadas sobre cada dimensão estão em nota técnica específica da SES/RS.

m.3 Classificação e equipe mínima

m.3.1 Equipe mínima para cadastro como Serviço Especializado para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual

Tabela 45

EQUIPE	SERVIÇO ESPECIALIZADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
1 médico pediatra, ginecologista ou clínico	--
1 enfermeiro	--
1 técnico em enfermagem	--
1 psicólogo	--
1 assistente social	--
1 farmacêutico	--

m.3.2 Equipe mínima para habilitação como Centro de Referência ao Atendimento Infanto juvenil (CRAI)

Tabela 46

EQUIPE DA SAÚDE	CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTOJUVENIL (CRAI)
1 médico pediatra	- Os serviços médicos têm o objetivo de prestar os atendimentos emergenciais em saúde; - Aplicação de medidas profiláticas; - Até 72 horas: coquetel antirretroviral e de prevenção de IST e contracepção de emergência; - Realização de exames laboratoriais e complementares.
1 psicólogo	- A escuta especializada pela Psicologia segue as diretrizes da Lei nº 13.431/2017 e do Decreto nº 9.603/2018; - Entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente; - Não tem o escopo de produzir prova e fica limitada estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade de proteção social e de provimento de cuidados.

1 assistente social	O Serviço Social realiza o atendimento com o familiar ou acompanhante, com ênfase na compreensão das vulnerabilidades sociais, potencialidades e recursos para assegurar a proteção da criança ou adolescente, encaminhamentos à rede de proteção e responsabilização e a informação e articulação para o acesso a direitos.
1 técnico administrativo	- Receber, orientar e cadastrar a criança ou adolescente e seu acompanhante; - Executar tarefas de rotina administrativa, envolvendo digitação, atendimento de telefone, observando as regras e procedimentos estabelecidos.
Diagnóstico e tratamento	03.01.04.005-2 – Atendimento multiprofissional para atenção às pessoas em situação de violência sexual.

Tabela 47

EQUIPE DA SEGURANÇA PÚBLICA/INSTITUTO-GERAL DE PERÍCIAS	**CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTOJUVENIL (CRAI)**
1 médico(a) legista	- Realização da perícia física para verificação de violência sexual; - Tem como objetivo a coleta de provas para instruir os processos investigativos e judiciais.
1 médico(a) psiquiatra ou psicólogo(a)	- Realização da perícia psíquica, a qual avalia o dano emocional da vítima; - Assim como a perícia física, tem como objetivo a coleta de provas para instruir os processos investigativos e judiciais; - Realizada em crianças e adolescentes entre 4 e 17 anos.

Os profissionais da Tabela 45 constantes na Tabela 46 poderão ser os mesmos, no caso de habilitação do serviço no Programa ASSISTIR.

O Instituto-Geral de Perícia (IGP) designará perito médico-legista e perito médico-legista psiquiatra ou perito criminal psicólogo do quadro de servidores do IGP para a realização de perícias físicas e psíquicas e outros procedimentos técnicos que fazem parte da sua rotina no CRAI, objetivando a atenção adequada à demanda, conforme orientações constantes no Guia Prático para a Implantação dos Centros de Referência ao Atendimento Infanto juvenil (CRAI) no RS.

Os serviços hospitalares que instalarem o CRAI serão responsáveis por ceder espaço físico adequado para que o Instituto-Geral de Perícias e a Polícia Civil realizem suas atividades nas dependências do local.

Deverá ser fornecido espaço físico adequado para que as atividades da Polícia Civil sejam realizadas nas dependências do CRAI.

Mais informações são encontradas em Nota Técnica específica da SES/RS acerca da implantação dos CRAI.

m.4 Requisitos à solicitação de habilitação

Além da documentação comum a todas as especialidades, há as seguintes exigências:

i. o cadastramento como Serviço de Saúde para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, que deve ser anterior à habilitação no Programa ASSISTIR, é feito pela direção do serviço hospitalar, após alinhamento com a rede municipal e regional. Deve ser encaminhado ofício com a solicitação do pleito e projeto à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), conforme modelo a seguir:

Tabela 48

PROJETO TÉCNICO INSTITUCIONAL DO SERVIÇO ESPECIALIZADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
UF: Rio Grande do Sul
Coordenadoria Regional de Saúde:
Nome do Município:
Natureza Jurídica do Hospital: Público ou Filantrópico
DADOS GERAIS DA INSTITUIÇÃO
Razão Social:
CNPJ:
Endereço completo:
Responsáveis pelo projeto:
1. JUSTIFICATIVA
• características da região de cobertura
• dados demográficos da região de cobertura e do município
• dados epidemiológicos da região de cobertura e do município
• contextualização da rede de atenção à saúde de pessoas em situação de violência existente, da região de cobertura e do município
• organização atual da rede de cuidado e de proteção social de pessoas em situação de violência (articulação, dificuldades, etc), da região de cobertura e do município
2. OBJETIVOS
3. A EQUIPE

• Composição (lista de profissionais em quadro com nome completo, carga horária, formação)
4. DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA
5. DESCRIÇÃO DA REGIÃO DE COBERTURA (citar CRS e municípios)
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ii. a CRS fará a análise técnica do projeto e encaminhará para as áreas técnicas da Saúde da Mulher e Saúde de Adolescentes da SES, que emitirão parecer. Em caso de parecer técnico favorável, o cadastramento do serviço hospitalar no SCNES deverá ser feito pelo município e/ou pela CRS, a depender da gestão do serviço. As CRS são responsáveis pelas orientações quanto ao cadastramento, estabelecimento de fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços, com o apoio das áreas técnicas da SES;

iii. o cadastramento como Serviço de Saúde para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual não garante, isoladamente, a habilitação no Programa ASSISTIR. As orientações quanto ao fluxo de habilitação constam na Portaria SES nº 537/2021, sendo necessário, ainda, o cumprimento de todos os critérios estabelecidos no item a.1 e em Nota Técnica específica da SES/RS.

iv. o CRAI é constituído, conforme descrito acima, por equipe interinstitucional. Sendo assim, os serviços requerentes à habilitação no Programa ASSISTIR, além de todos os critérios estabelecidos nesta e nas demais portarias estaduais que venham a completá-la e em Nota Técnica específica da SES/RS, serão analisados pelo Grupo de Trabalho para a Regionalização dos CRAI no Estado do Rio Grande do Sul, coordenado pelo Programa RS Seguro e composto por representantes da Secretaria Estadual da Saúde - SES; do Instituto-Geral de Perícias - IGP e da Polícia Civil, com emissão de parecer. Na ausência do grupo de trabalho, as análises serão remetidas às Secretarias de Estado que integram o CRAI, SES e SSP (IGP e PC).

n) TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Os órgãos e tecidos de doadores falecidos, provém de pacientes com diagnóstico de morte encefálica causada por trauma crânio encefálico, Acidente Vascular Cerebral, Anoxia cerebral ou tumor de sistema nervoso central, em sua maioria.

Hospitais com potencial de doação de órgãos são, em geral, estabelecimentos referência em atendimento de trauma, neurologia e neurocirurgia, que possuam unidade de emergência, atendimento do SAMU ou que possuam unidade de tratamento intensivo.

Estados como Santa Catarina e Paraná, referência nacionais em doação de órgãos no Brasil, melhoraram seus índices de doação e notificação, após organização e profissionalização das Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e Organização de Procura de Órgãos (OPO) no estado, com políticas e financiamento de saúde atrelado aos resultados dessas equipes intra-hospitalares, avaliados periodicamente e com equipes treinadas e qualificadas.

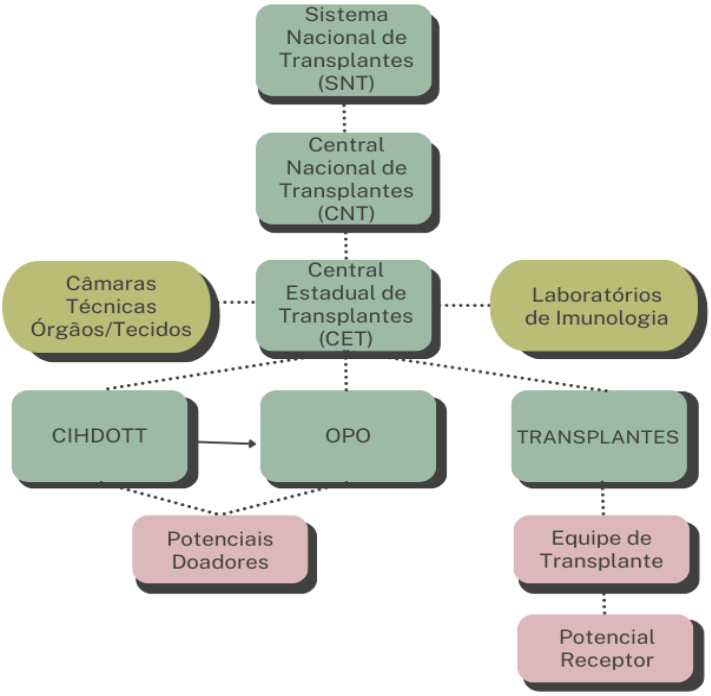
A rotatividade de profissionais que atuam nas comissões intra-hospitalares de doação de órgãos, no RS, é muito grande devido à falta de remuneração adequada e dedicação para essa atividade na busca de doadores.

A distribuição dos órgãos e tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante, segue critérios específicos de acordo com a Lei nº 9434 de 1997, que foi regulamentada pelo Decreto nº 9.175, de 2017 e o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, cuja última atualização aprovada consta na Portaria de Consolidação do MS nº 4, de 28 de setembro de 2017.

A Central Estadual de Transplantes (CET) deve atuar junto aos estabelecimentos de saúde por meio das OPO e as CIHDOTT, constituindo uma rede de regulação e apoio aos serviços de cuidados intensivos, emergências e administrativos.

A Divisão de Transplantes, através de nota técnica, orientará as Instituições habilitadas nesse TS quanto aos indicadores, metas e critérios quanto às equipes.

Fluxograma do Sistema Nacional de Transplantes



n.1 Organização de Procura de Órgãos (OPO)

n1.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

A Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, estabeleceu a criação das OPO para atuarem conjuntamente com a CET e CIHDOTT nos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, dentro de área de abrangência geográfica estadual.

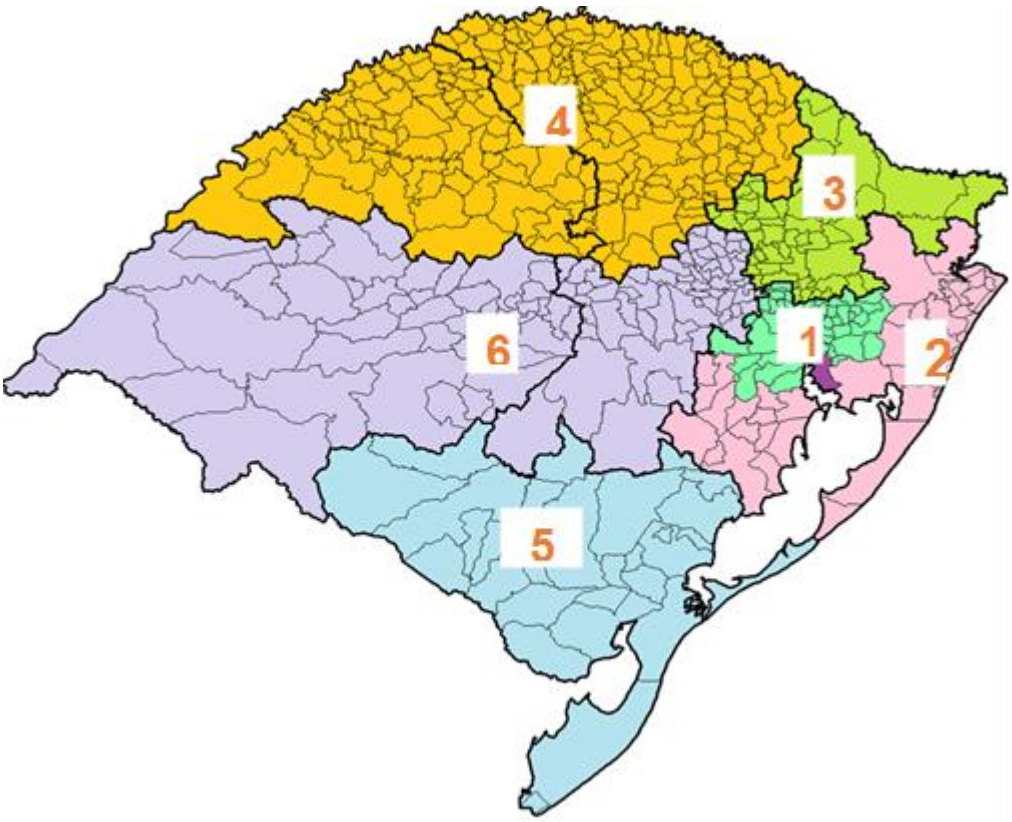
Qualificando ainda mais essa afirmativa, a Portaria de Consolidação nº 4, de 27 de outubro de 2017, determina que as OPO deverão se reportar à respectiva CET e atuar em parceria com as CIHDOTT dos hospitais de sua área de atuação.

A OPO tem seus limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais, devendo atuar de forma regionalizada para a detecção e demais procedimentos de viabilização do potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes. Ainda, deverá contar, obrigatoriamente, com pelo menos um médico coordenador, enfermeiros e agentes administrativos de nível médio, devendo todos os seus profissionais de nível superior possuírem experiência comprovada em áreas de cuidados de pacientes críticos, diagnóstico de morte encefálica (ME), triagem de doadores e entrevista com familiares de potencial doador (PD). Poderão ainda integrar a OPO equipes especializadas de retirada multiorgânica e/ou multitecidos.

Cabe a CET pactuar formalmente a inserção dos hospitais da área de atuação de cada OPO.

As OPO do RS estão sediadas nos seguintes hospitais:

OPO1 -Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
OPO2 -Hospital São Lucas PUCRS - Porto Alegre
OPO3 -Hospital Nossa Senhora da Pompéia - Caxias do Sul
OPO4 -Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo
OPO5 -Hospital Santa Casa de Caridade - Rio Grande
OPO6 -Hospital Bruno Born - Lajeado
OPO 7 - cirúrgica -Instituto de Cardiologia - Porto Alegre - equipe técnica de apoio logístico e cirúrgico de retirada de órgãos abdominais e transporte qualificado de Tecidos, células, órgãos e partes do corpo.



n.1.2 Atribuições das OPO:

I. organizar a logística da procura de doadores nas suas regiões de abrangência;

II. criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos a possibilidade da doação de órgãos e tecidos;

III. articular-se com as equipes médicas, especialmente das UTI e urgência e emergência, na identificação dos potenciais doadores (PD), estimulando o adequado suporte para fins de doação;

VI. notificar a CET todos os casos de diagnóstico de ME estabelecidos na sua região de abrangência;

VII. manter o registro do número de óbitos ocorridos nas instituições de sua região de abrangência;

VIII. promover e organizar ambientes e rotinas para o acolhimento às famílias dos PD antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito dos hospitais;

IX. participar das entrevistas familiares quando solicitada;

X. articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e os Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, lembrando sempre da precedência do doador, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

XII. orientar e capacitar o setor responsável, nos estabelecimentos de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de ME, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº 9.434, de 1997;

XIII. capacitar multiplicadores sobre acolhimento familiar, ME e manutenção de doadores e demais aspectos do processo de doação/transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo.

XIV. organizar a logística e realização de exames para viabilizar a doação de órgãos na sua região de abrangência (PCR-COVID, sorologias, tipagem, laboratoriais, exame complementar de imagem, dentre outros).

XV. organizar e realizar, com apoio da CET, capacitações para os profissionais das CIHDOTT de sua abrangência, de acordo com as necessidades locais de cada instituição.

VXI. reunir-se periodicamente com os profissionais das CIHDOTT de abrangência, levantando pontos que necessitam de mais desenvolvimento, bem como a possibilidade de remanejo de recursos humanos quando julgado necessário.

As atribuições comuns da OPO e da CIHDOTT serão exercidas de maneira cooperativa e ambas serão corresponsáveis pelo desempenho da rede de atenção à doação de órgãos, na sua área de atuação.

Devido à diferente composição de recursos humanos e materiais, a OPO 7 se distingue quanto as suas atribuições, sendo ela parte do processo de doação de órgãos tecidos e considerada cirúrgica, por acompanhar a cirurgia de remoção dos rins no estado, bem como o transporte dos órgãos estaduais e de oferta nacional.

n.1.2.1 Atribuições da OPO Cirúrgica:

I. atender integralmente à demanda das captações de rins realizadas no estado do RS, devendo dispor de recursos humanos e materiais para tal ação;

II. realizar desenvolvimento e capacitação dos profissionais, membros das equipes de OPO e CIHDOTT, referente a etapa do processo de cirurgia de remoção de órgãos;

III. realizar e promover meios para o transporte das equipes de captação da OPO 7;

IV. organizar e realizar o transporte do material de Antígeno Leucocitário Humano (HLA) entre os centros de imunologia;

V. organizar a logística de transporte de materiais recebidos do interior de outros estados (sorologias, HLA, COVID, dentro outros);

n.1.3 Equipe mínima e metas qualitativas das OPO:

i. As OPO deverão ser compostas, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- 1 médico coordenador
- 2 enfermeiros
- 1 auxiliar administrativo

ii. sobreaviso 24 horas;

iii. participação ativa nas reuniões mensais com a CET e Ministério Público (MP);

iv. elaboração de um plano de ação para a região com a análise de motivos da não efetivação da doação;

v. definição dos hospitais para monitoramento intensivo e preenchimento de planilha com as ações executadas a ser encaminhada mensalmente para CET;

vi. elaboração de curso de CIHDOTT prático e focado nos problemas regionais para esses hospitais;

vii. reuniões mensais com as CIHDOTT destes hospitais registradas em ATA;

viii. auxílio na logística da sua região- exame complementar, sorologias e COVID;

ix. participação efetiva nos processos da sua região- todos os casos devem passar pela OPO que deve ser responsável junto à CIHDOTT;

x. liderar a realização de no mínimo 6 cursos de ME/ano;

xi. liderar a realização de no mínimo 6 cursos de comunicação/ano;

xii. auxiliar nos cursos de CIHDOTT da região- mínimo 2/ano;

promover a efetivação de no mínimo 45% dos casos elegíveis a doação (sem contraindicação médica);

xiii. preencher os relatórios mensais à CET;

xiv. preencher a ficha de ocorrência do processo de doação em conjunto com a CIHDOTT sempre que houver intercorrências. Levar para discussão nas reuniões mensais.

n.1.4 Critérios para habilitação ao recebimento do recurso da OPO:

O Rio Grande do Sul apresenta seis Organizações de Procura de Órgãos, nas macrorregiões do Estado e uma OPO cirúrgica, responsável pela retirada de rins de doador falecido em todo o estado.

Os critérios de incentivo financeiro das OPO serão baseados no número de doadores do ano anterior por sua região de atuação, conforme tabela abaixo, relatórios com análise de resultados enviados à Central Estadual de Transplantes e conforme Metas Qualitativas definidas na CIB nº 196/2022 e suas alterações.

Tabela 49

OPO	Nº de doadores
OPO A	≥ 50 doadores
OPO B	≥ 30 e < 50 doadores
OPO C	≥ 20 e < 30 doadores
OPO D	< 20 doadores
OPO A1	OPO A- que possuir equipe de Doppler Transcraniano para exame complementar de diagnóstico de morte encefálica.

A avaliação e acompanhamento do programa ASSISTIR para essa modalidade será realizado trimestralmente pela Central Estadual de Transplantes e os níveis reavaliados anualmente.

Hospitais que possuem OPO não recebem o incentivo de Hospital de doação (CIHDOTT), apenas o incentivo OPO.

Considerando que OPO 7 (OPO Cirúrgica) – Equipe de Retirada De órgãos, conta com equipe de técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos cirurgiões para a retirada de rins em todo estado, 24h por dia, 7 dias por semana, bem como realiza a logística de material biológico, transporte de rins entre hospitais e aeroporto, sorologias, material para compatibilidade do órgão e aquisição do Líquido de Preservação dos órgãos, recebe o incentivo diferenciado por sua especificidade.

n.2 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)

n.2.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

A criação das CIHDOTT é obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecidas as seguintes classificações:

- CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;
- CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e
- CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

A criação das CIHDOTT será opcional para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos acima, e deverão ser classificadas pela CET.

A CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, necessitando estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes e seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

A direção do estabelecimento de saúde deverá prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, e conforto para profissionais e

familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão.

Nos hospitais com CIHDOTT classificadas como II e III, o coordenador da CIHDOTT deverá possuir carga horária mínima de 20 (vinte horas) semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão.

O Coordenador da CIHDOTT classificada como III deverá ser obrigatoriamente um profissional médico.

A CIHDOTT deverá publicar regimento interno próprio e promover reuniões periódicas registradas em ata.

O Coordenador da CIHDOTT responderá administrativa e tecnicamente ao diretor técnico do estabelecimento de saúde ao qual esteja vinculado.

No âmbito do estabelecimento de saúde onde está constituída, a CIHDOTT deverá ter prerrogativas específicas para o exercício das atividades relativas ao processo de doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo para transplante.

Os hospitais devem solicitar à CET autorização de funcionamento da CIHDOTT, informando sua constituição, acompanhada de certidão negativa de infração ética junto ao seu órgão de classe relativa ao Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. A respectiva CET deverá informar à CGSNT, sobre a constituição da CIHDOTT.

n.2.2 Atribuições das CIHDOTT:

I. organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos nos seus hospitais de atuação;

II. criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos, que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III. articular-se com as equipes encarregadas da verificação de ME, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

IV. promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

V. articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

VI. articular-se com as respectivas CET, OPO e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

VII. arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de ME, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador;
VIII. orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a legislação em vigor;
IX. responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;
X. acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se apliquem inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;
XI. implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo.

n.2.3 Critérios para habilitação ao recebimento do recurso das CIHDOTT:

Para recebimento do incentivo financeiro do programa ASSISTIR, os estabelecimentos serão classificados em quatro níveis, conforme o número de notificações de ME para a CENTRAL DE TRANSPLANTES DO RS:
CIHDOTT A - Notificação de 35 ou mais casos de Morte Encefálica (ME) no ano;
CIHDOTT B - Notificação entre 25 a 34 casos de Morte Encefálica no ano;
CIHDOTT C- Notificação entre 15 a 24 casos de Morte Encefálica no ano;
CIHDOTT D -Notificação de 05 a 14 casos de Morte Encefálica no ano;

O registro de notificações de ME é obtido através do sistema nacional de transplantes, com base nos dados disponibilizados pela divisão de transplantes do DRE/SES.

A avaliação e acompanhamento do programa ASSISTIR para essa modalidade será realizada anualmente pela Central Estadual de Transplantes, através dos dados obtidos no ano anterior.

Na análise anual de manutenção do incentivo dos Hospitais de doação, as CIHDOTT poderão modificar seus níveis. Contudo, precisam efetivar doadores em no mínimo 40% das notificações. Caso isso não ocorra, poderá haver queda de nível, inclusive perda do recurso financeiro, conforme análise do resultado que compreende o número de notificações.

As CIHDOTT deverão, além das metas quantitativas de notificações, atingirem as metas qualitativas e funções atribuídas no item n.2.2, fiscalizadas pela central de transplantes do estado;

SUPLEMENTARES DIFERENCIAIS

Incentivo suplementar para serviços que contemplem a integralidade da linha de cuidado, bem como, os serviços em áreas estratégicas para garantir as referências nas macrorregiões de saúde. Os hospitais que receberem um valor por tipo de serviço, considerando a totalidade da linha de cuidado e/ou as áreas e as especialidades estratégicas para garantir as referências de atendimento nas macrorregiões de saúde, perceberão um percentual adicional, denominado Suplementar Diferencial - SD, sobre determinado tipo de serviço, exceto o SD Hospital Público, que incide sobre todos os TS habilitados para o estabelecimento. Assim, elencamos a seguir os suplementares diferenciais priorizados com suas justificativas.

a) **AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (Item 1 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Pessoa com deficiência é aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2007).

A atenção à pessoa com deficiência no SUS está amparada pela Portaria de Consolidação Nº 3/2017, Anexo VI. De acordo com os métodos utilizados no Censo Demográfico em 2010, o total de pessoas com deficiência residentes no Brasil representava 23,9% da população brasileira, isto é, os indivíduos ou seus representantes que responderam afirmativamente pelo menos uma das deficiências investigadas, dentre as opções de resposta:

Alguma dificuldade/Muita dificuldade/Não consegue de modo algum. Porém, de acordo com a Nota Técnica IBGE Nº 01/2018, a qual trata da releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo à luz das recomendações do Grupo de Washington, identificam-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões do tema apresentadas no questionário do Censo 2010, o que corresponde a 6,7% da população total.

A atenção à saúde da pessoa com deficiência no SUS preconiza o cuidado integral, em todos os níveis de atenção, visando a proporcionar autonomia, qualidade de vida e inclusão social.

Contempla ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, acesso aos serviços e procedimentos, qualidade e humanização da atenção, em todos os níveis de complexidade.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) contempla os seguintes componentes: AB, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Os pontos de atenção no nível secundário e terciário da rede, Serviços de Modalidade Única em Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) devem estar articulados aos demais pontos da RAS, mediante regulação do acesso, garantindo a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência.

Sendo parte integrante do tipo de serviço ambulatório de especialidades, o ambulatório para pessoa com deficiência é considerado um suplementar diferencial a este tipo de serviço sendo atribuído aos hospitais que prestarem este serviço, com as especificações definidas tecnicamente, merecendo referência o atendimento integral sob anestesia quando o paciente não tolera por qualquer motivo a intervenção de um profissional de saúde.

a.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. atender pacientes com deficiência referenciados pela regulação estadual ou municipal;

b) **ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA (Item 2 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Dentre os agravos hematológicos que necessitam de intervenção rápida com acesso no tempo oportuno ao atendimento hospitalar estão as leucemias.

A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos, geralmente, de origem desconhecida e tem como principal característica o acúmulo de células doentes na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. Na leucemia, uma célula sanguínea que ainda não atingiu a maturidade sofre uma mutação genética que a transforma em uma célula cancerosa. Essa célula anormal não funciona de forma adequada, multiplica-se mais rápido e morre menos do que as células normais. Dessa forma, as células sanguíneas saudáveis da medula óssea vão sendo substituídas por células anormais cancerosas.

Existem mais de 12 tipos de leucemia, sendo que os quatro primários são leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crônica (LMC), leucemia linfocítica aguda (LLA) e leucemia linfocítica crônica (CLL)9.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, a estimativa de casos no ano de 2020 era de 10.810 novos casos de leucemia e, se considerarmos o número de óbitos ocorridos em 2019 por esta doença, a taxa de mortalidade ultrapassa 68%.

Contudo, este é um atendimento que exige estrutura técnica e de profissionais bastante específica e, com o objetivo de proporcionarmos também a economia de escala, considerou-se o atendimento a este agravo como um suplementar diferencial ao tipo de serviço de porta de entrada.

b.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. atender pacientes com quadro agudo de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal;
ii. atender pacientes com quadro agudo suspeito de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal;

c) **FORMAÇÃO RAPS ESCOLA (Item 3 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

O dispositivo Estadual RAPS Escola visa implantar e implementar estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria, oferecendo formação a profissionais da área da saúde para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), na lógica do cuidado em rede e no território, de forma articulada com os diferentes dispositivos que compõem a RAPS dos municípios.

Visa garantir que a formação dos profissionais possa permear todos os níveis de complexidade que compõem o cuidado em saúde mental na RAPS: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial presentes no território.

Os hospitais que possuem Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva com formação nesta lógica (permeando diferentes pontos da RAPS municipal) terão adicional ao incentivo estadual.

c.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. implantar e implementar estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria;

ii. garantir que a formação dos profissionais possa permear todos os níveis de complexidade que compõem o cuidado em saúde mental na RAPS: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial presentes no território;

iii. possuir Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.

d) **HOSPITAL PÚBLICO COM ATÉ 99 LEITOS E HOSPITAL PÚBLICO COM MAIS DE 100 LEITOS (Itens 4 e 5 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Os hospitais públicos municipais são estabelecimentos que demandam administração dos municípios, geralmente com um custo bastante elevado para o ente municipal, tendo estes estabelecimentos prioridade na contratualização de serviços de saúde, de acordo com a CF de 1988.

Cabe ainda referir que são serviços de saúde de grande relevância para a prestação de serviços SUS no estado do Rio Grande do Sul, justificando assim a alocação de recursos diferenciados através do suplementar diferencial no novo programa de incentivos do Estado.

d.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. ser hospital público municipal com até 99 leitos ou acima de 100 leitos;

e) **INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL (Item 6 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Todos os estabelecimentos hospitalares que possuem leitos de saúde mental/psiquiatria incentivados devem garantir acesso e cuidado sem distinção de ciclos de vida, prestando atendimento a crianças e adolescentes. No entanto, os hospitais que possuem Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais, previstas na Resolução CIB/RS 273/2019, terão adicional ao incentivo estadual. Estas Unidades deverão atender crianças e adolescentes da macrorregião de saúde, após esgotada a complexidade de cuidado das Unidades de Referência Especializadas para Atenção Integral em Saúde Mental dos Hospitais Gerais (casos refratários).

e.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. possuir Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais;
ii. atender crianças e adolescentes da macrorregião de saúde, após esgotada a complexidade de cuidado das Unidades de Referência Especializadas para Atenção Integral em Saúde Mental dos Hospitais Gerais (casos refratários).

f) **LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL (Item 7 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Todas as informações já descritas no tipo de serviço Leitos de Saúde Mental também devem ser consideradas neste suplementar diferencial, acrescendo aqui a importância dos leitos de saúde mental estarem localizados em hospitais gerais.

f.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. estar classificado como hospital geral e possuir leitos de saúde mental;

g) MATERNIDADE COMPLETA (Item 8 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)

O suplementar diferencial de maternidade completa objetiva valorizar os serviços que possuem a linha de cuidado completa na rede materno infantil, atendendo desde as gestantes de risco habitual até o parto de uma gestação de alto risco que possa demandar a necessidade de leito de UTI Neo Natal, contemplando todos os tipos de serviço descritos na Linha de Cuidado Materno Infantil.

g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

Tabela 50

Tipos de Serviços para o Suplementar Diferencial (SD) para Maternidade Completa	
1	Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR)
2	Maternidade de Risco Habitual
3	Maternidade de Alto Risco
4	Leitos de UCI e UTI neonatal
5	Ambulatório de Egresso de UTI neonatal

h) **PRONTO SOCORRO (Item 9 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

O conjunto de serviços de urgência 24 horas, incluindo os Prontos Socorros, fazem parte da Rede de Atenção às Urgências, com a finalidade de ampliar e qualificar o acesso integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna.

O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre é um Centro de Referência em Assistência a Queimados, com Alta Complexidade em Traumato/Ortopedia. O Hospital de Pronto Socorro Deputado Nelson Mazhezan, no município de Canoas, tem habilitação de Alta Complexidade em Traumato/Ortopedia.

Ambos são estabelecimentos de saúde com grande relevância para o atendimento às urgências no Estado, na medida em que com habilitação federal como Portas de Entrada Hospitalares de Urgência especializadas prestam atendimento ininterrupto, 24 horas do dia em todos os dias da semana, ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

Contudo é importante enfatizar que os hospitais aqui classificados como Pronto Socorro dispõem de alta tecnologia e uma gama de profissionais altamente qualificados para o atendimento no momento mais crítico do paciente, objetivando a sua estabilização e a manutenção da vida até a internação no próprio hospital ou transferência para outro serviço, sempre de acordo com a avaliação técnica do quadro de saúde do paciente.

g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. estar classificado como hospital de pronto socorro;

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Anexo 2: Relatório-padrão de controle pelas CAC

Tabela 51

RELATÓRIO PADRÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO ASSISTIR PELAS COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATOS
CNES do Hospital:
Nome do Hospital:
Período avaliado:
TIPOS DE SERVIÇO
a) AGAR? ( ) Tipo I ( ) Tipo II
a.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende os critérios estabelecidos neste item? ( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende Considerações: —----------
a.3 Classificação e equipe mínima **AGAR I** i.Possui equipe mínima conforme os critérios estabelecidos na tabela 3? ( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não Considerações: —---------- ii.Realiza o mínimo de consultas médicas estipuladas na tabela 3? ( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não Considerações: —---------- iii Realiza o mínimo de consultas multiprofissionais estipuladas na tabela 3? ( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não Considerações: —---------- iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 3? ( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não Considerações: —---------- **AGAR II** i.Possui equipe mínima conforme os critérios estabelecidos na tabela 3? ( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não Considerações: —---------- ii Realiza o mínimo de consultas médicas estipuladas na tabela 3? ( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não Considerações: —---------- iii Realiza o mínimo de consultas multiprofissionais estipuladas na tabela 3? ( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não Considerações: —----------

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 3?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

b. Possui AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E/OU AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS? ( ) Sim ( ) Não

b.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

i. Disponibiliza mensalmente, a agenda para as primeiras consultas, à regulação estadual e/ou municipal, no prazo estabelecido pelas equipes reguladoras? ( ) Sim ( ) Não
ii. Mantém a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT? ( ) Sim ( ) Não
iii. Preenche a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento? ( ) Sim ( ) Não
iv. Qual o número total de DITAs emitidas pelo prestador no período avaliado? _____
v. Na eventualidade de não prestação do serviço incentivado, o prestador apresentou plano para recuperar os atendimentos/serviços não prestados? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, anexar o plano de recuperação aprovado pela CAC.
Considerações:

I) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA

I.1Classificação e equipe mínima

i. possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 4?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza o mínimo de 150 cirurgias/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 4?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 4?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

II) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ORTOPEDIA

II.1Classificação e equipe mínima

i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 5?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês, conforme % estabelecido nas formas de organização previstas nesse TS?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 5?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 5?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

III) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL
III.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 7?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês, incluindo os procedimentos complementares previstos na tabela 7?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 7?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 7?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

IV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA
IV.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 8?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não

Considerações:
—----------
---

ii. Realiza o mínimo de 210 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês, conforme as formas de organização descritas na tabela 8?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 8?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 8?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

V) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTRIPSIA
V.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 9?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iii. Realiza o mínimo de 30 procedimentos/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 9?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

v. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 9?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

VI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL
VI.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 10?

( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 10?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

v. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 10?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

VII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

VII.1Classificação e equipe mínima

i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 12?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

ii. Realiza o mínimo de 90 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 12?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

v. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 12?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

VIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA

VIII.1Classificação e equipe mínima

i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 13?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 13?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 13?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

IX) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA
IX.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 14?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 14?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 14?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

X) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA
X.1 Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 15?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 15?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 14?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA
XI.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 16?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês, conforme as formas de organização descritas na tabela 16, incluindo os procedimentos complementares?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 16?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 16?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA
XII.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 17?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês, disponibilizando no mínimo 20% das consultas para pacientes pediátricos?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 17?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 17?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA
XIII.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 18?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 18?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 18?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XIV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA
XIV.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 19?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

iii. Realiza o mínimo de 100 cirurgias/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 19?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 19?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA PARA TRATAMENTO DE RETINOPATIA DIABÉTICA (RD) E DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI)

XV.1Classificação e equipe mínima

i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 20?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza o mínimo de 100 tratamentos binoculares/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 20?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 20?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XVI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA

XVI.1Classificação e equipe mínima

i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 21?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 210 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 21?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 21?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não

Considerações:
—----------

XVII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA
XVII.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 22?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 22?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 22?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

XVIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA
XVIII.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 23?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iii. Realiza o mínimo de 10 cirurgias/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 23?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 23?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

XIX) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA)
XIX.1Classificação e equipe mínima

i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 24?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 210 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 24?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 24?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XX) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA
XX.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 25?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 25?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 25?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XXI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA
XXI.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 26- A Pós Bariátrica?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 100 consultas/mês para especialidade de cirurgia bariátrica?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iii. Realiza o mínimo de 15 cirurgias bariátricas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 26-A Pós Bariátrica?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

v. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 26-A?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

vi.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 26- B Queimados?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

vii. Realiza o mínimo de 100 consultas/mês para pacientes com queimaduras?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

viii. Realiza o mínimo de 10 cirurgias/mês em pacientes com queimaduras?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ix. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 26-B Queimados?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

x. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 26-B?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XXII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR
XXII.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 27?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não

Considerações:
—----------
---

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês, incluindo os procedimentos complementares descritos na tabela 27?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 27?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 27?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

XXIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA
XXIII.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 28?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

ii. Realiza o mínimo de 15 consultas/mês e 120 acompanhamentos pós cirúrgico?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iii. Realiza o mínimo de 15 cirurgias/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 28?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

v. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 28?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

XXIV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR
XXIV.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 29?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

ii. Realiza o mínimo de 200 consultas/mês?

( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 29?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

x. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 29?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

XXV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEFROLOGIA
XXV.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 30?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

ii. Realiza o mínimo de 100 consultas/mês?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 30?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

x. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 30?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

XXVI AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIAS DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR
XXVI.1Classificação e equipe mínima
i.Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 31?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

ii. Realiza o mínimo de 12 cirurgias/mês, incluindo o CBO do médico mastologista previsto nos procedimentos complementares da tabela 31?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

iii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 31?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------

x. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 31?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

XXVII) PLANTÃO PRESENCIAL
XXVII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:

XXVII.2 Requisitos à solicitação de habilitação
Atende aos requisitos estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
---

c. AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS E PESSOAS IDOSAS

c.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
---

c.2 Classificação e equipe mínima
i. Atende aos requisitos estabelecidos, conforme tabela 32?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
---

ii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 32?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

d. AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL

d.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
---

d.2 Classificação e equipe mínima
i. Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 36?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

ii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 36?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

e. HOSPITAL DE PEQUENO PORTE

e.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:

---

e.2 Requisitos específicos à solicitação da habilitação
Atende ao critério estabelecido neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:

---

f. LEITOS DE SAÚDE MENTAL

f.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:

---

f.2 Classificação e equipe mínima
Possui equipe multiprofissional conforme tabela 39?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:

---

g. LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL

g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:

---

h. LEITOS DE UTI/UCI

h.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:

---

h.2Classificação e equipe mínima
Atende aos critérios da tabela 40?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:

---

i. MATERNIDADE DE ALTO RISCO

i.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
—----------
---

i.2 Classificação e equipe mínima
i. Possui equipe de profissionais, conforme tabela 41?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---
ii. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 41?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

j. MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

j.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
—----------
---

j.2 Classificação e equipe mínima
Possui equipe de profissionais, conforme tabela 42?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

k. EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS

k.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
—----------
---

k.2 Classificação e equipe mínima
i. Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo com a Portaria SAES/ MS Nº 1.399/2019?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
—----------
---

l. PORTA DE ENTRADA

l.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
—----------
---

l.2 Classificação e equipe mínima
Possui equipe mínima para o porte habilitado, conforme tabela 44?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

m. CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTO JUVENIL (CRAI)

m.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios estabelecidos neste item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
---

m.2 Classificação e equipe mínima
Possui equipe mínima, conforme tabelas 45,46 e 47?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

n. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

n.1 ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS (OPO)
n.1.1 Diretrizes e Critérios Técnicos Operacionais Específicos
Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
---

n.1.2 Equipe mínima
Possui equipe mínima descrita no item n.1.3?
( ) Sim ( ) Parcialmente ( ) Não
Considerações:
---

n.2 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (CIHDOTT)
n.2.1 Diretrizes e Critérios Técnicos Operacionais Específicos
Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:

SUPLEMENTAR DIFERENCIAL

a. AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

a.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende pacientes com deficiência referenciados pela regulação estadual ou municipal?
( ) Sim ( ) Não

b.ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA

b.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item?
( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende
Considerações:
---

c.FORMAÇÃO RAPS ESCOLA
c.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? ( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende Considerações: ----------
d. HOSPITAL PÚBLICO
d.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos i. com até 99 leitos? ( ) Sim ( ) Não ii. com mais de 100 leitos? ( ) Sim ( ) Não
e. INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL
e.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? ( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende Considerações: ----------
f. LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL
f.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? ( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende Considerações: ----------
g. MATERNIDADE COMPLETA
g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos na tabela 50? ( ) Atende ( ) Parcialmente ( ) Não atende Considerações: ----------
h. PRONTO SOCORRO
h.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos i. É hospital de pronto socorro? ( ) Sim ( ) Não Considerações: ----------
Justificativa e observações gerais:
Nome e assinatura dos membros da CAC: